NOUVELLE ENCYCLOGRAPHIE

DES

SCIENCES MÉDICALES.

Liste des Journaux reproduits ou consultés pour la rédaction de l'Encyclographie.

JOURNAUX BELGES.

Annales de la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles.
Annales de la Société de médecine de Gand.
Annales de la Société de médecine d'Anvers.
Annales de la Société de médecine de Verviers.
Annales de la Société des sciences médicales et naturelles de Malines.
Archives de la médecine militaire Belge.

JOURNAUX FRANÇAIS.

Annales médico-psychologiques.
Annales de thérapeutique de Rognetta.
Annales d'hygiène publique et de médecine lég.
Annales des maladies de la peau.
Annales médico-chirurgicales du Midi.
Archives générales de medecine.
Bulletin de thérapeutique.
Bulletin médical de Bordeaux.
Bulletin des Academies.
Gazette médicale de Paris.
Gazette des hôpitaux.
Gazette médicale de Montpellier.
Gazette médicale de Strasbourg.
Journal de médecine et de chirurgie de Toulouse.
Journal de médecine et de chirurgie pratiques.
Journal des connaissances médicales.
Journal des connaissances médico-chirurgicales
Journal de médecine de Lyon.
Journal de médecine de Nantes.
Journal de médecine de M. Trousseau
Journal de médecine de Bordeaux.
Journal de chimie médicale.
Journal des connaissances médicales pratiques et de pharmacologie.
L'Union médicale.
Revue médicale.
Revue médico chirurgicale de Paris de M Malgaigne.

JOURNAUX ALLEMANDS.

Allgemeine med. central zeitung.
Arch. für physiologische heilkunde.
Arch. für anat. phys.
Deutsche klinik
Journal für kinderkrankheiten.
Medizinisc. correspondenzblatt.
Med. annalen.
Smidt's jahrbricht.
Zeitschrifft F. D G. M.

JOURNAUX ANGLAIS.

American journal of med. science.
Edinb. med. and surg. journal.
Guy's hospital reports.
Journal of psychologie.
London med. chir. transactions.
London journal of med.
London med. gazette.
Monthly journal.
New-york journal of med.
The Dublin med. pres.
The Lancet.
The med. Times.

JOURNAUX ITALIENS.

Annali Universali di med.
Bulletino delle science med.
Gazet a med. Lomb.
Gazetta med. Ital.
Giornale de l'academia.
Il Progresso.
Il Filiato sebezio.
Il Raccoglitore medico.

55350

NOUVELLE ENCYCLOGRAPHIE

DES

SCIENCES MÉDICALES,

PUBLIÉE PAR

UNE SOCIÉTÉ DE MÉDECINS.

1re PARTIE.

ARCHIVES

DE LA MÉDECINE BELGE ET REVUE DES JOURNAUX BELGES.

2me PARTIE.

BULLETIN

DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

3me PARTIE.

REPRODUCTION

ET REVUE DES JOURNAUX ÉTRANGERS.

MAI 1851. — 12me SÉRIE. — T. V.

Bruxelles,

IMPRIMERIE ET LIBRAIRIE DE N.-J. GREGOIR, ÉDITEUR,

FOSSÉ-AUX-LOUPS, 66.

1851.

SOMMAIRE DES ARTICLES CONTENUS DANS CE VOLUME.

Archiv. de la méd. belge. p. 1—47.
Tableau météorologique. 48.

III. ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

Physiologie. 1.

IV. PATHOL., THÉRAPEUT. ET CLINIQ. MÉDIC.

Path. interne. 2—5. *Revue* 22, 27, 32.
Thérapeut. 6—9. *Revue* 30.

V. ACCOUCHEM., MAL. DES FEM. ET DES ENF.

Accouchements. 10.
Maladies des enfants. 11.

VI. CHIRURGIE, ORTHOPÉDIE ET OPHTHALM.

Path. externe. 12—15. *Revue* 24, 25.
Méd. opérat. 16—17. *Revue* 23.

VII. PHRÉNOLOGIE, MALADIES MENTALS.

Maladies mentales. 18.

VIII. Mal. des voies gén.-ur. 19. *Rev.* 26.

X. MÉDECINE, LÉGALE ET POLICE MÉDICALE.

Médecine légale. 20.

XII. Généralités. 21.

Sociétés savantes, pag. 218—247.

Mélanges. 35, 43. *Revue* 28, 29, 31, 33.

ARCHIVES

DE LA

MÉDECINE BELGE.

(MAI 1851.)

OBSERVATIONS DE GALVANISATION LOCALISÉE (MÉTHODE DU DOCTEUR DUCHENNE, DE BOULOGNE) APPLIQUÉE AU TRAITEMENT DES PARALYSIES DU MOUVEMENT ET DU SENTIMENT;

Recueillies à l'hôpital St-Jean. (Service du docteur VICTOR UYTTERHOEVEN; interne, M. WOUTERS.)

Anesthésie complète du médius et de l'annulaire gauches. Galvanisation localisée. Guérison incomplète.

La femme N... était enceinte de 7 mois, lorsqu'elle fut prise d'une douleur intolérable dans le bras gauche s'étendant du milieu de l'avant-bras jusqu'à l'extrémité du médius et de l'annulaire. Cette douleur, d'intensité variée, persista jusqu'au terme de la grossesse. Elle disparut pendant les douleurs de l'accouchement qui eut lieu à l'hôpital St-Jean, division de la Maternité. Comme la femme N... fut atteinte de métro-péritonite, elle fut transportée dans la salle Ste-Félicité pour y être traitée par le docteur V. Uytterhoeven, auquel elle ne signala l'état d'insensibilité de deux doigts que quelques jours avant d'entrer en convalescence. Or, cette insensibilité était telle que ni pincements, ni piqûres n'occasionnaient la moindre douleur depuis l'articulation métacarpienne jusqu'à la pulpe des doigts, à l'exception du côté droit de l'annulaire au long duquel se manifestait une sorte de sensibilité fort légère du reste. La partie moyenne de la paume de la main était engourdie.

Comme l'état de faiblesse générale de la malade ne parut point contre indiquer l'emploi de la galvanisation localisée, M. V. Uytterhoeven procéda immédiatement à l'opération de la manière suivante:

Après avoir mouillé préalablement la peau, un excitateur humide fut placé sur le milieu de l'avant-bras correspondant au trajet du nerf médian. Le second excitateur également humide, à 2 ou 3 centimètres du premier. Puis ces instruments furent successivement tenus sur la paume de la main et les parties latérales des doigts privés de la sensibilité tactile pendant que l'appareil galvano-électrique fonctionnait. Durant les premières secondes de la galvanisation, dirigée avec une grande modération, aucune sensation ne se manifesta ; mais à mesure que l'opération se prolongea, la patiente éprouva peu à peu des picotements légers qui dégénérèrent en tourmente, puis en une douleur de plus en plus vive, au point de devenir insupportable. La peau rougit en même temps sur tous les points où elle avait supporté le contact des excitateurs.

Après l'opération, l'avant-bras, la main, les doigts galvanisés restèrent comme engourdis et fatigués. La séance dura environ huit minutes.

Le lendemain et les jours qui précédèrent une 2me séance, ces derniers phénomènes avaient complétement disparu.

Bref, quatre séances semblables furent consacrées à la galvanisation dans l'espace de quinze jours, et déjà la femme N... avait recouvré la sensibilité tactile dans la plus grande partie des extrémités affectées.

La pulpe des doigts seule laissait encore à désirer. Tout porte à croire donc que deux ou trois galvanisations de plus auraient suffi pour opérer une guérison entière. Mais même avec ces résultats incomplets, l'observation n'en témoigne pas moins de l'activité de la galvanisation, pratiquée d'après la méthode du docteur Duchenne. Nous aurions pu signaler en même temps sa parfaite inocuité, si certains accidents qui eussent été évités dans une application conduite avec mesure, ne s'étaient manifestés deux ou 3 heures après la 4me séance. Nous nous garderons bien de passer ces accidents sous silence. Ils confirment les faits observés par le promoteur de la méthode, et l'importance de ses conseils en matière de galvanisation électrique.

Après la 4me séance, donc, il s'est manifesté une surexcitation générale de l'économie caractérisée par de l'insomnie, de la céphalalgie, l'augmentation de la chaleur cutanée, l'accélération du pouls, de la soif, du malaise, de l'inappétence, une douleur au côté gauche. Cet état fébrile dura pendant environ 36 heures. Il céda bientôt à la diète et au repos. Tout rentra dans l'ordre sans laisser de traces aucunes du trouble extraordinaire qui s'était si brusquement élevé. Mais quelle avait été la cause de ce trouble ?

L'application trop prolongée, sans mesure et sans précautions de la galvanisation, en l'absence du docteur Uytterhoeven. On avait trop légérement oublié la maladie grave à laquelle venait d'échapper la patiente encore soumise à l'exaltation nerveuse qui s'observe généralement chez les femmes convalescentes d'affections puerpérales. Et ce, pour satisfaire aux exigences de la patiente dominée par un désir trop vif de ne sortir que complétement guérie d'un établissement où l'anesthésie de deux doigts ne pouvait être regardée comme un motif suffisant de prolongation de séjour.

Toutefois la femme N... fut bientôt sur pied, et sortit de l'hôpital se promettant bien de revenir se soumettre à l'électrisation aussitôt que l'air de la campagne lui aurait rendu toutes ses forces. Nul doute qu'on ne puisse réaliser ses espérances.

Faiblesse musculaire du côté gauche. Mouvements choréiformes de la face et de la main du même côté. Galvanisation localisée. Guérison.

Obs. II. — Prost, Sophie, 24 ans, coloriste, d'un tempérament lymphatique nerveux, jouissant ordinairement d'une bonne santé fut prise, il y a un an, d'une pleurésie qui céda à une saignée et à l'application de vésicatoires.

Il y a six semaines, un matin, Prost s'apperçut d'une faiblesse dans le bras gauche, sans cause appréciable. La santé était conservée, mais la force musculaire était diminuée au point que la malade ne pouvait tenir dans la main une tasse sans la laisser tomber. Trois jours après il s'éveilla dans la main des mouvements brusques, spontanés qui disparurent pour reparaître au bout de quelques jours avec la même vivacité, et ainsi de suite, de loin en loin jusqu'au jour où elle fut admise à l'hôpital. Une céphalalgie intense avait succédé à l'apparition de la faiblesse du bras. Cette céphalalgie dura pendant deux heures, la première fois. Les jours suivants elle avait reparu toujours au matin, durant deux à trois heures ordinairement, rarement pendant toute la journée. Au bout de trois semaines la faiblesse musculaire s'étendit à la jambe gauche, la malade traina un peu la jambe, le pied se portait en dehors, la marche devint difficile.

Le 18 avril, Prost fut reçue à l'hôpital dans l'état suivant : faiblesse considérable de l'extrémité supérieure gauche, contractions spasmodiques fréquentes des releveurs de la commissure des lèvres et des pronateurs de l'avant-bras ; impossibilité d'étendre complétement le membre supérieur gauche, de tenir dans

la main pendant plus de 3 secondes une tasse ou tout autre objet aussi léger sans les laisser tomber. Cependant la malade exécute, non sans fatigue, tous les mouvements qui se passent dans l'articulation huméro-brachiale. La jambe est moins faible que le bras, elle traine un peu. la pointe du pied frotte le plancher, mais sous la malléole gauche et au coup de pied la pression est douloureuse. La sensibilité générale des membres affaiblis est conservée. Les fonctions organiques s'accomplissent bien. Il y a un peu de céphalalgie, principalement à droite. La malade a eu un vomissement aqueux, le matin.

Le 23, même état, plus de vomissements, sommeil parfait, appétit, selles régulières. Peau normale, pouls 75.

On électrise le biceps, le triceps, les pronateurs et les supinateurs, le nerf brachial, le médian, les fléchisseurs de l'extrémité supérieure. La séance a duré cinq minutes. La malade n'a éprouvé de douleur qu'après quelques secondes d'application des excitateurs sur un même organe. La peau en contact des excitateurs est devenue rouge. Après la séance, engourdissement général du bras.

Le 24, jeu plus facile des muscles de l'extrémité supérieure. Le triceps montre plus de puissance. La main a moins de tendance à la brusque pronation. La malade ressent un peu de chatouillement dans le bras. Rien d'anormal du côté du cerveau.

Le 25, augmentation générale de la force musculaire du côté gauche. La malade soulève avec facilité des objets qu'elle eut laissé tomber peu de jours avant. Mouvements choréiformes de la main. Par intervalles déviation légère de la bouche, contractions spasmodiques de la partie supérieure du trapèze.

M. Uytterhoeven procède à l'électrisation du trapèze, du nerf facial, du brachial antérieur, du triceps, et des pronateurs. Les muscles manifestent leur sensibilité contractile par des mouvements très-vifs. Immédiatement après la séance, la malade éprouve un peu d'engourdissement dans les parties électrisées. La séance a duré 7 minutes.

Le 26, la malade a cousu sans être dérangée par des mouvements choréiformes. La face a repris son expression normale. La déviation de la bouche ne se reproduit plus. La malade lève et soutient avec facilité et le bras tendu l'appareil avec lequel on électrise (5 kilog. environ). La faiblesse de la jambe diminue peu à peu. La douleur du coup de pied et de la malléole attire l'attention de la malade. Une pommade composée de 10 parties d'axonge, 1 partie de la liqueur des hollandais est appliquée sur le siége de la douleur.

Le 27, la malade parcourt les salles sans la moindre douleur. Le bras et la jambe ont repris leurs mouvements et leurs forces normales. On électrise une dernière fois et rapidement l'extrémité supérieure.

Le 3 mai, guérison complète ; sortie.

Rétention d'urine. Galvanisation localisée, cessation de la rétention.

Obs. III. — Roston, Jean-François, âgé de 90 ans, admis à l'hôpital St-Jean, le 20 avril, a été soldat pendant 40 ans. Il n'a jamais été malade.

Il y a 7 jours, se promenant au boulevard, il eut un vif besoin d'uriner, mais à la vue du grand nombre de personnes qui s'y trouvaient, il se retint. Quelque temps après, voulant enfin satisfaire ce besoin devenu impérieux, il essaya mais inutilement. Arrivé chez lui, Boston fit appeler le médecin des pauvres qui le sonda immédiatement. La même opération fut pratiquée les cinq jours suivants, puis il fut envoyé à l'hôpital. L'élève de garde parvint, mais avec difficulté, à le sonder, il ressentit une douleur vive, et perdit du sang par le canal.

Le 21 avril, le malade fut soumis à l'examen de M. V. Uytterhoeven qui constata l'état suivant : intelligence intacte, sensibilité normale, mouvements musculaires libres. Le malade répond à toutes les questions qu'on lui adresse ; raconte parfaitement comment l'accident lui est arrivé. Il n'oublie aucun détail.

L'hypogastre comprimé ne manifeste aucune douleur. La prostate, la région périnéale sont saines. Il y a de la chaleur dans le canal de l'urètre, elle est attribuée à l'usage de la sonde. La vessie est distendue par l'urine. Le cathétérisme, bien que très-facilement opéré par le docteur V. Uytterhoeven, fournit un liquide transparent légèrement coloré en rouge. En retirant la sonde, il sort du canal environ une cuillerée à café de sang. Les efforts opérés la veille au soir pour introduire la sonde donnent la raison de cette perte de sang. L'auscultation de la poitrine révèle des symptômes fort graves. Il y a emphysème pulmonaire à gauche, une broncho-pneumonie 2me degré à droite. L'expectoration est visqueuse, puriforme, striée de sang. La langue est sèche. Le malade a passé la nuit dans le délire.

Indépendamment de la prescription d'un traitement approprié à l'affection pulmonaire, le malade subit l'action de la sonde, deux fois par jour. L'urètre reste insensible à l'opération. Dès le 2me jour de l'entrée à l'hôpital, il n'y a plus de perte de sang. L'urine est limpide. Vers le 5me jour, elles offrent quelques muco-

sités, et deviennent plus foncées. Le 8me jour elles reprennent leur aspect normal sous l'influence de la solution de bicarbonate de soude. Mais la rétention persiste, bien que l'état général du malade ne soit pas empiré.

Le 30 avril, M. V. Uytterhoeven se décida à employer l'électro-galvanisme pour combattre la paralysie de la vessie. Il procèda donc immédiatement à l'opération de la manière suivante : (la vessie avait été évacuée une heure avant) une sonde d'argent fut introduite dans le canal et poussée jusqu'à la profondeur du col de la vessie ; une autre sonde fut dirigée par le rectum jusqu'à la prostrate, et maintenue de manière à embrasser avec la première l'épaisseur des organes compris entre la paroi intestinale d'une part et le col vésical de l'autre.

Dès que les fils conducteurs de l'appareil galvanique furent mis en rapport avec les sondes, on fit fonctionner l'appareil.

Le malade s'était prêté avec la meilleure volonté du monde à toutes ces manœuvres. Cependant au commencement de l'opération, soit que le contact avec les fils conducteurs ne fut pas bien établi, soit que la sonde rectale eut devié, le malade n'accusa aucune sensation électrique. La sonde introduite dans le rectum fut retirée, puis réintroduite en assurant une position favorable à l'établissement du cercle galvanique ; les fils conducteurs furent mieux ajustés et l'on fit de nouveau mouvoir l'appareil. Cette fois, à peine l'opération fut-elle commencée que le malade ressentit de petits chatouillements au niveau de l'hypogastre ; peu après, une légère douleur ; puis se manifestèrent des contractions spasmodiques très-vives dans l'anus et la région périnéale, et ce, au point de communiquer aux sondes conductrices des oscillations rapides, isochrones aux mouvements musculaires de la région périnéale.

Après trois minutes d'une opération qui pouvait devenir trop pénible pour un malade dont l'existence était compromise par une atteinte profonde des organes respiratoires, les sondes furent retirées. Le soir et le lendemain le malade fut sondé comme à l'ordinaire plutôt par habitude que par urgence. Ce furent les dernières fois. La nuit fut calme, il n'y eut pas de délire, aucune sensation pénible dans les organes urinaires. Dans l'après-diné, le malade ressentit le besoin d'uriner, prit l'urinoire et urina sans le secours de la sonde. Il vida complétement la vessie. Dès ce moment, la mixtion fut régulièrement exécutée deux et trois fois par jour jusqu'au moment (le 6 mai au matin) où la vie s'éteignit lorsqu'on s'y attendait le moins, pendant un effort que fit le malade pour se mettre sur son séant.

L'autopsie confirma le diagnostic. Le poumon droit offrit de

l'hépatisation rouge et grise; le poumon gauche, les caractères physiques de l'emphysème. La vessie, vide, était saine; la prostate n'offrait rien d'anormal.

Paralysie partielle de la face. Guérison prompte par la galvanisation localisée.

Obs. IV. — M. D. B... employé de la poste aux lettres, ressentit subitement un mal de gorge qu'il attribua à un refroidissement. Il s'était exposé en effet à un courant d'air en se plaçant entre la porte d'entrée de son bureau et une sorte de guichet servant à desservir la correspondance.

Le mal de gorge disparut mais fut remplacé par une paralysie de la face caractérisée par les symptômes suivants : immobilité, flaccidité, mais non insensibilité du côté droit de la face ; effacement des rides frontales et palpébrales, des sillons nasal et buccal ; abaissement du sourcil, des commissures de la bouche et de l'œil du même côté. L'ouïe est moins parfaite que du côté gauche, mais le malade avait eu dans le conduit auditif quelques furoncles à la suppuration desquels il attribuait la dureté de l'oreille du côté paralysé. Les applications ordinaires, mises en usage pendant plusieurs jours n'avaient produit aucune amélioration. Du reste les fonctions cérébrales s'exercaient parfaitement.

La galvanisation localisée fut résolue de commun accord avec le docteur De Biefve, médecin ordinaire du malade, et mise immédiatement à exécution.

Après avoir mouillé la peau et les deux excitateurs, l'un de ces instruments fut appliqué devant l'oreille sur le trajet du nerf facial, l'autre, successivement sur le muscle orbiculaire des paupières la commissure de la bouche, et les ramifications nerveuses temporo-faciales. Les muscles manifestèrent, par des contractions répétées, leur parfaite motricité (Flourens). L'opération fut à peine douloureuse, la peau rougit, le malade se plaignit d'un peu d'engourdissement. Peu de temps après cette séance, qui dura environ six minutes ; il parvint à fermer, à peu de chose près, l'œil droit en même temps que le gauche, et à mobiliser sensiblement la commissure de la bouche.

Trois jours après, une deuxième séance eut lieu. Bref, après 4 séances de galvanisation dans l'espace de douze jours, la figure reprit son expression ordinaire, les rides et les sillons s'étaient reformés, la joue raffermie, les mouvements musculaires purent s'exercer avec la même facilité que du côté gauche, et la guérison fut complète sans qu'aucun symptôme d'affection cérébrale ou

d'excitation fébrile générale soit venu enrayer la régularité des opérations galvaniques.

Engourdissement, faiblesse de l'avant-bras et de la main. Galvanisation localisée. Guérison immédiate.

Obs. V. — Le docteur..., praticien des environs de Mons, fut subitement saisi d'une gêne très-considérable (paralysie incomplète) dans les mouvements des extrémités supérieure et inférieure droites, qui restèrent comme engourdies. La foudre venait d'éclater à quelques pas de lui, et la commotion électrique avait été si forte qu'il en fut tout étourdi. Des vertiges fréquents agravaient cette position pénible. Malgré le traitement le plus actif, le plus rationnel, cet état morbide avait persisté sauf les symptômes cérébraux qui cédèrent aux évacuations sanguines. La sensibilité et le mouvement du bras et de la jambe s'exerçaient très-imparfaitement et menaçaient de se perdre complétement. Il ne parvint à obtenir une amélioration réelle qu'en se soumettant à l'électrisation galvanique à laquelle le décida un charlatan en train de fixer l'attention du peuple sur la grande place de Mons. Cependant la main et l'avant-bras droits restèrent engourdis, et très-faibles. Le moindre mouvement était accompagné de fatigue. A peine le pincement de la peau excitait-il de la douleur. Témoin du succès obtenu chez son beau frère qui fait le sujet de l'observation précédente, le docteur..... se soumit à l'instant même à la galvanisation localisée. Après quelques minutes d'application méthodique des excitateurs, la mobilité de l'extrémité affaiblie devint aussi active que celle du côté opposé, et l'engourdissement et l'anesthésie disparurent totalement.

Six semaines après l'opération la guérison radicale fut encore confirmée par le rapport verbal du beau-frère du docteur.....

DE L'EMPLOI DE L'ACÉTATE NEUTRE DE PLOMB DANS LE TRAITEMENT DE DIVERSES AFFECTIONS DE LA CONJONCTIVE ;

par P. Buys, médecin.

Comme complément à mes travaux antérieurs sur le traitement de l'ophthalmie granuleuse (dite de l'armée) par l'acétate neutre de plomb, je crois qu'il ne sera pas sans intérêt de faire connaître le résultat de mes recherches et des observations nouvelles que j'ai recueillies jusqu'à ce jour. Cette partie de la thérapeutique

ophthalmologique a trop d'importance pour que l'on puisse craindre de paraître fastidieux en revenant encore sur ce sujet ; en effet, si l'on passe en revue et les résultats obtenus et ce qu'on a écrit sur le traitement de la conjonctivite granuleuse, on peut croire à bon droit que la question est loin encore d'une solution satisfaisante.

Tous les jours on rencontre encore chez nos soldats des lésions graves de l'œil : des pannus, des taies avec ambliopie plus ou moins prononcée, des granulations persistantes malgré les divers caustiques, une sécrétion mucoso-purulente intarissable avec photophobie et inflammation profonde de l'œil, et comme conséquence la détérioration de la constitution, le découragement, de sorte qu'ils finissent par retomber à la charge de l'État après un séjour plus ou moins prolongé dans divers hôpitaux. Ce tableau paraîtra rembruni sans doute, appliqué à la majorité des ophthalmiques de l'armée; mais il est malheureusement vrai encore pour un trop grand nombre, et personne n'oserait affirmer qu'il ne puisse devenir vrai pour tout homme atteint d'une conjonctivite quelconque, qui dans telle circonstance donnée peut revêtir les formes les plus graves. On peut donc affirmer que tout n'est pas fait pour le traitement de cette affection et qu'il reste encore largement à expérimenter.

L'acétate de plomb a été apprécié différemment par les divers praticiens qui en ont tenté l'emploi ; les uns en ont obtenu des résultats heureux, des guérisons rapides ; d'autres en signalent les graves dangers, en publient l'impuissance dans certains cas ; la plupart s'efforcent de substituer à celui que j'ai fait connaître un procédé nouveau d'application. Le but que je me suis proposé est de préciser l'action de cet agent thérapeutique, sa manière d'agir dans les diverses affections de la conjonctive où je l'ai mis en usage, le mode d'application qui m'a paru le plus convenable. Je m'efforcerai, autant qu'il me sera possible, de traduire fidèlement les faits, tels que je les ai observés et tels que tous ceux qui ont été à même de voir mes malades, ont pu les vérifier avec moi. J'esquisserai une comparaison rapide des résultats obtenus dans les cas analogues par les caustiques en honneur jusqu'aujourd'hui. Ces considérations pourront donner une idée de la valeur relative de ces méthodes. Sans m'arrêter à l'étiologie, pour moi, la granulation dans ses diverses formes est la lésion dominante de la conjonctivite chronique; l'affection catarrhale, l'ophthalmie purulente des nouveau-nés et l'ophthalmie blennorrhagique expriment en degrés ascendants l'inflammation de la conjonctive jusqu'au summum d'acuité. Aussi dans ces affections, la conjonctive n'est-elle

pas primitivement granuleuse : il ne s'y développe de granulations que quand l'inflammation a déjà une certaine durée, à son passage à l'état chronique.

Les granulations apparaissent rapidement à la suite de l'ophthalmie blennorrhagique des nouveau-nés, elles se développent aussi très-facilement à la suite de l'ophthalmie catarrhale chez nos soldats, tandis que dans le civil c'est le cas exceptionnel (1). L'inflammation produit dans la muqueuse oculaire, comme dans toute autre muqueuse, un développement en profondeur et surtout en surface ; il n'y a que du plus au moins pour ce symptôme, de la conjonctivite blennorrhagique à la conjonctivite catarrhale, de la conjonctivite avec granulations molles exubérantes à la conjonctivite avec granulations vésiculeuses. Les pannus, les diverses affections de la cornée, l'irritabilité profonde ne sont dans la plupart des cas que la conséquence des affections précitées de la conjonctive.

Passons successivement au traitement de ces affections. Pour les granulations vésiculeuses, s'accompagnant presque toujours de développement de la conjonctive avec injection plus ou moins marquée de cette membrane, deux ou trois applications d'acétate de plomb, à quelques jours de distance, suffisent pour déterminer la résorption de l'épanchement plastique interstitiel et le retour graduel de la muqueuse à l'état normal. Il est superflu de dire que ces effets ne sont pas instantanés ; la nature n'admet pas de ces changements à vue : la nutrition des tissus, même pervertie, réclame pour chacun de ses actes des temps successifs et déterminés. L'action immédiate que produit le sel de plomb est l'astriction de la muqueuse et des vaisseaux qui rampent dans son épaisseur et à sa surface, la transformation de cette sécrétion muqueuse épaisse et exagérée, qui tient les paupières collées le matin, en sécrétion ténue et filante qui ne tarde pas à reprendre ses caractères normaux en quantité et en qualité. Il est évident déjà que le but que je me suis proposé d'atteindre est la résolution complète de l'inflammation ou de ses produits sans destruction des tissus.

Je ne ferai pas entrer en parallèle le nitrate d'argent en crayon, car il exige une main trop exercée pour donner la certitude qu'il ne produira pas immédiatement d'escarres dans la muqueuse ; mais je prendrai sa solution plus ou moins concentrée, ou d'autres cathérétiques tels que le sulfate de cuivre, le deuto-chlorure de

(1) Les familles bourgeoises se trouvent rarement dans les mêmes conditions hygiéniques que nos soldats.

mercure, etc., agissant comme légers cathérétiques ou d'une manière dynamique; j'admettrai que dans beaucoup de cas on peut obtenir par ces moyens la résolution des granulations vésiculeuses; mais ce que je ne puis admettre, c'est qu'ils puissent, d'une manière certaine, transformer la sécrétion ou diminuer l'injection, qu'ils augmentent au contraire assez souvent; on ne peut nier que leur action rapidement épuisée ne nécessite des applications répétées qui déterminent ou augmentent l'irritabilité oculaire, on ne niera pas non plus qu'à la suite de leur usage, il persiste souvent pendant longtemps un relâchement de la conjonctive et des plaques de papilles injectées se transformant très-facilement en granulations molles ou dures; cette transformation a même lieu dans bien des cas pour les granulations vésiculeuses en dépît de ces attouchements, et peut-être, comme je l'ai signalé ci-dessus, à cause de cette manièré de faire.

Quant aux granulations molles, c'est contre cette forme que se révèle toute l'impuissance des caustiques : attouchements répétés, excisions, scarifications ne les empêchent nullement de repulluler; la sécrétion morbide de la muqueuse, loin de diminuer, paraît au contraire s'en accroître; on n'arrive à une apparence de guérison qu'en les faisant agir comme escarrotiques, en détruisant la muqueuse qui leur sert de support; toutefois les parties de cette membrane qui échappent à la destruction présentent longtemps encore, et peut-être indéfiniment, un développement granuleux. Les lésions concomitantes sont : des pannus, des kératites, l'irritabilité oculaire profonde, lésions qui compromettent toujours gravement la vision. A la suite d'un certain nombre d'applications d'acétate neutre de plomb, ces granulations diminuent de plus en plus de volume, s'aplatissent, se réduisent bientôt à leur base et disparaissent enfin, laissant une conjonctive, conservant l'intégrité de son tissu et de ses fonctions. Ici, comme dans la forme précédente, la sécrétion mucoso-purulente se modifie dès le principe pour la quantité et surtout pour la qualité; la cornée conserve habituellement sa limpidité, si le traitement est commencé assez tôt. Le pannus ou les diverses kératites, s'ils existent déjà, n'exigent habituellement pas de moyens spéciaux, et marchent vers la guérison en même temps que les lésions de la conjonctive.

Je n'aurais que des observations analogues à reproduire pour les granulations dures, quant à ce qui regarde leur traitement par les caustiques. Par les applications du sel de plomb ces granulations perdent d'abord de leur dureté et se transforment en granulations plus molles; elles suivent en définitive la marche de ces dernières pour leur résolution. La sensation de gravier disparaît

dès les premières applications ; la photophobie et l'irritabilité oculaire diminuent avec la même célérité ; beaucoup de malades ne se doutent même pas qu'il existe encore un état granuleux ; ils réclament d'ailleurs spontanément l'application du médicament sur les endroits où ils ressentent encore quelque frottement. Toutefois la structure anatomique de cette granulation, formée d'un tissu plus dense, indique suffisamment qu'il est besoin d'un temps relativement plus long pour sa résolution complète.

Dans la conjonctivite simple ou sporadique, catarrhale, une seule application suffit habituellement pour dissiper le mal. Les vaisseaux dilatés qui sillonnent la conjonctive se contractent instantanément ; une couleur d'un rose uniforme, de plus en plus tendre, et qui ne tarde pas à passer à la teinte claire de l'état normal, remplace la rougeur morbide de la muqueuse. Que dire de la sensation pénible de grains de sable et de la sécrétion, sinon répéter ce que j'ai dit à satiété. Un point plus important, c'est que j'ai toujours obtenu une guérison durable, c'est que je n'ai jamais remarqué à la suite de ce traitement le développement des granulations, développement signalé comme très-fréquent par la plupart de ceux qui ont écrit sur la matière.

Dans l'ophthalmie blennorrhagique ou purulente suraiguë, j'ai obtenu de très-bons résultats de l'acétate de plomb appliqué en couche légère sur toutes les parties de la conjonctive que l'on peut atteindre. Je suis parvenu chaque fois à réduire le chemosis et à transformer immédiatement la sécrétion purulente. Le succès a été aussi satisfaisant qu'on peut l'espérer, chaque fois que le traitement a pu être institué avant qu'il existât des lésions graves de la cornée ; car tout effort doit échouer contre un ramollissement avancé ou un ulcère profond de cette membrane. Il va sans dire que j'emploie concurremment tous les moyens indiqués, tels que saignées générales et locales, hyposthénisants généraux, révulsifs internes et externes. Les granulations qui se développent à la suite de cette affection cèdent rapidement comme toutes celles dont l'évolution est récente.

Comme je l'ai dit antérieurement, je ne fais subir à l'acétate neutre de plomb d'autre préparation que de le pulvériser finement dans un mortier ordinaire ; je le porte ainsi sur la conjonctive mise à découvert, au moyen d'un pinceau préalablement humecté et que je passe à diverses reprises en appuyant légèrement sur le point touché afin d'étendre le médicament en couche uniforme ; le surplus est entraîné par les larmes. Les applications sont en général légères, particulièrement chez les personnes irritables et qui ont beaucoup de tendance à la réaction ; chez celles qui par des

traitements antérieurs ont acquis une sensibilité exagérée, je me borne à toucher quelques points jusqu'à ce que j'obtienne la tolérance et que je puisse en user plus largement et sans crainte. Les applications sont assez éloignées, mais j'y reviens chaque fois que le malade ne paraît plus rien gagner. Le sel de plomb agit d'abord par astriction ; à travers l'épithelium si délicat de la conjonctive, surtout de la conjonctive malade, il doit se combiner avec les parties albumineuses les plus superficielles de cette membrane, celles qui correspondent au réseau de Malpighi dans le tissu cutané ; le reste n'y est retenu que par adhérence mécanique. Il jouit en outre de l'action hyposthénisante de tous les sels de plomb ; son absorption, lente et progressive, est favorisée par le contact des larmes ; cette action soutenue amène la résolution sans exiger d'applications fréquentes.

On a accusé les applications d'acétate de plomb d'être très-douloureuses, de produire une réaction vive avec gonflement œdémateux des paupières, de déterminer des brides et des cicatrices.

La sensibilité à la douleur est aussi variable que les individus ; toutefois, à en juger d'après ma pratique journalière, cette douleur ne doit pas être bien vive, attendu que moins de deux minutes après l'application, les malades tiennent les yeux facilement ouverts ; ceux qui sont admis à ma consultation gratuite viennent en réclamer spontanément l'application. On remarque seulement pendant une ou deux heures un écoulement de larmes plus abondant. Quant à cette réaction vive dont on parle, on ne l'a jamais observée sur mes malades. Je ne la conçois qu'en faisant des applications intempestives et sans mesure chez des sujets irritables ou dont les yeux ont été tourmentés antérieurement par les caustiques, et chez lesquels l'affection passe à l'état aigu par la cause la plus légère et même sans cause appréciable. Les brides ne sont admissibles que pour autant qu'il existerait une perte de substance de la muqueuse, la couche plombique agissant comme corps isolant ; une perte de substance, une escarre ne serait possible qu'en appliquant inconsidérément une dose exagérée sur une conjonctive enflammée, l'escarre ne serait alors que le résultat d'un excès d'inflammation, le topique agissant comme corps étranger.

Par antithèse, d'autres prétendent que les granulations molles progressent en véritables crêtes de coq, malgré l'emploi du moyen que j'ai adopté ; si je ne trouvais une série de preuves contraires chez les malades que j'ai traités, un exemple récent suffirait pour renverser ces allégations : une jeune femme se présente il y a deux ou trois mois à ma consultation, portant un polype muqueux des

fosses nasales : trois ou quatre applications d'acétate de plomb ont suffi pour le flétrir et en amener la guérison complète. Plusieurs cautérisations énergiquement pratiquées au moyen du crayon de nitrate d'argent n'avaient eu pour résultat que de le faire repulluler de plus belle.

C'est une illusion de croire que les conjonctives soient incrustées, d'une manière indélébile, d'acétate de plomb ; après un certain laps de temps, les malades que j'ai eu occasion de revoir, n'en présentaient plus aucune trace ; leurs conjonctives avaient repris le brillant et le poli de l'état normal. Cet inconvénient serait au reste de si peu d'importance que, quelques jours après l'application, les malades ignorent s'il existe encore du médicament sur leurs conjonctives ou s'il est complétement disparu.

On n'aurait probablement pas éprouvé tant de mécomptes si l'idée de détruire les granulations n'en avait dominé d'abord la thérapeutique, si l'on s'était efforcé d'en obtenir la résolution et non la destruction, si l'on s'était souvenu que l'on est d'autant plus éloigné de la guérison que l'on croit guérir avec plus de rapidité. L'action des astringents avait été recherchée d'ailleurs par plusieurs praticiens. Pour ne citer que Burkard Eble, ce médecin avait employé avec avantage le sous-acétate de plomb liquide qu'il faisait alterner avec les caustiques ordinaires, dont il paraissait modérer la violence. Il s'est aussi efforcé de tirer parti du tannin, ceci soit dit sans préjudice aucun pour les découvertes récentes ; il écrivait il y a tantôt 17 ans : « L'état de la conjonctive palpébrale « décrit par le docteur Kriebel sous le nom de télangiectasie, me « détermina, bien qu'à proprement dire, je ne partageasse pas ses « idées à ce sujet, à essayer dans cette circonstance le principe « astringent aussi pur que possible. Prenant donc un extrait sec « de noix de galle, je le mis digérer pendant plusieurs jours dans « l'alcool, où se déposa bientôt le tannin (principium tanninum « seu scytodephicum) sous forme d'extrait. Cet extrait séché, « finement pulvérisé, et préparé d'abord en onguent au moyen « d'un mucilage de gomme arabique, fut plus tard, pour éviter « tout mélange étranger, délayé avec de l'eau distillée jusqu'à la « consistance d'extrait liquide. Cet onguent fut appliqué une fois « par jour à six malades, chez lesquels j'avais déjà essayé divers « moyens, entre autres l'acide acétique, et dont deux étaient at- « teints de cette granulation (que je serais tenté d'appeler catar- « rhale) si fidèlement décrite par Kriebel. Chez ces deux derniers, « l'onguent agit avec tant d'efficacité, qu'en moins de huit jours, « ils sortirent de l'hôpital parfaitement guéris. Chez trois autres, « la granulation n'offrit de diminution notable surtout à la pau-

« pière inférieure qu'au bout d'un mois environ. Quant au sixième,
« il resta à peu près dans le même état. Chez tous enfin l'onguent
« parut préparer la voie au précipité blanc, dont l'effet fut dès
« lors et plus prompt et plus heureux. Du reste, l'emploi de ce
« moyen fort doux n'exige aucune précaution particulière; il est
« aussi très-bien supporté par tous les malades. »

Je cite ces observations en entier, car elles font présumer que si le tannin peut être utile pour combattre la blennorrhée et la congestion de la muqueuse oculaire, il est insuffisant contre l'état granuleux confirmé; elles démontrent également que l'acétate de plomb jouit de propriétés autres que l'action astrictive.

Quoiqu'il en soit, il ne me paraît pas trop présomptueux de croire, à en juger d'après l'empressement que l'on met à tenter de *nouveaux moyens*, que l'on n'a pas une foi bien robuste dans l'infaillibilité des caustiques. Pour ma part, découragé par les insuccès que je voyais se multiplier, depuis plus de 16 ans, par les traitements destructeurs, tels que cautérisations, excisions, scarifications, etc., je m'efforçai de trouver une méthode plus en rapport avec la nature du mal. Dès 1834, par induction des bons effets que j'avais maintes fois obtenus de l'acétate de plomb contre les végétations des parties génitales et l'inflammation d'autres muqueuses, je fus amené à l'employer contre l'état granuleux des conjonctives. Depuis cette époque, j'ai traité un nombre considérable de granulés (mais le temps me manque pour en faire un relevé détaillé, qui du reste serait de peu d'importance); la plupart sont sortis guéris complétement et ont rejoint leurs corps respectifs. Quant à ceux qui ont dû être réformés et, d'après les circulaires ministérielles du 27 octobre 1839 et du 8 décembre 1841, dirigés sur l'hôpital militaire de Louvain, un grand nombre avaient déjà subi des traitements antérieurs dans divers hôpitaux; plusieurs furent reçus en traitement avec des lésions confirmées et incurables; quant aux autres entrés, qui n'ont été traités que par moi seul et qui sont sortis avec des lésions oculaires, mes registres prouvent que ces malades sont entrés atteints d'ophthalmie purulente suraiguë, affection contre laquelle je fus longtemps encore à employer les caustiques. La marche si rapidement destructive de cette affection, fut probablement la raison pour laquelle je suivis la voie commune pour combattre l'état aigu; j'eus toujours recours à l'acétate neutre de plomb pour combattre l'état granuleux persistant à la suite de l'inflammation aiguë; toutefois mes malades sortirent, ne présentant plus de granulations aux conjonctives, et dans tous les cas leur séjour à l'hôpital fut comparativement de moins de durée que partout ailleurs.

J'ai fait usage depuis et avec succès de l'acétate de plomb dans les conjonctivites les plus aiguës. J'énumérerai seulement les résultats obtenus pendant le courant de 1850 ; sur six malades entrés à l'hôpital militaire, atteints d'ophthalmie purulente suraiguë, quatre sortirent complétement guéris, un conserva une taie mageuse sur l'œil droit, taie qui ne l'empêcha nullement de continuer son service, le sixième une taie staphylomateuse de l'œil droit. Que l'on remarque que ces deux derniers malades avaient déjà la cornée droite ulcérée à leur entrée. De ces six malades, trois avaient contracté l'ophthalmie purulente à la suite d'un écoulement de l'urètre ; dans trois cas le mal attaqua successivement les deux yeux. A leur entrée à l'hôpital, le sel de plomb fut appliqué immédiatement sur les conjonctives. On employa concurremment les saignées générales et locales, suivant l'intensité des symptômes inflammatoires, à l'intérieur les hyposthénisants et les révulsifs sur le tube intestinal, en collyre des lotions fréquentes avec une solution étendue d'acétate de plomb laudanisée ou belladonée. On peut estimer la terminaison comme très-heureuse dans ces six cas, où la purulence était portée au plus haut point, avec chémosis et œdème considérable des paupières, surtout si l'on considère que les taies qui survinrent chez deux malades furent le résultat d'ulcères qui, comme je l'ai dit ci-dessus, existaient déjà à leur entrée.

J'ai appliqué avec non moins de succès, au commencement de cette année, l'acétate de plomb dans un cas analogue, chez un détenu à la maison de sûreté de cette ville. Cet homme, appelé Greendel, avait été atteint autrefois d'ophthalmie militaire, pour laquelle il avait été traité dans divers hôpitaux et particulièrement à Liége, et avait conservé des granulations aux quatre paupières; depuis, ayant quitté le service pour faire le métier de colporteur, il avait contracté récemment une blennorrhagie, lorsqu'il fut pris tout à coup d'ophthalmie purulente suraiguë, qui se porta successivement de l'un à l'autre œil. Après avoir mis en évidence les conjonctives préalablement détergées, j'appliquai sur tous les points que je pus atteindre une couche légère d'acétate de plomb ; les moyens généraux furent les mêmes que ceux désignés ci-dessus. Cette inflammation si forte ne tarda pas à tomber, la sécrétion purulente à se transformer en sécrétion muqueuse et filante, et j'eus également la satisfaction de voir cet homme conserver intégralement la vue ; il ne lui restait, à ma remise de service, que quelques granulations qui ne durent pas tarder à disparaître.

Dans ma pratique tant militaire que civile, le sel de plomb m'a rendu les plus grands services dans plusieurs affections oculaires :

je citerai particulièrement le pannus charnu ou vasculaire, les taies et les opacités récentes de la cornée, les ulcères de cette membrane, les blépharites scrofuleuses ou séniles avec ou sans ectropion.

Je terminerai en rappelant que l'emploi du sel de Saturne ne m'empêche nullement de remplir toutes les indications spéciales que chaque cas particulier peut réclamer, et que l'on obtiendra d'autant plus de succès que l'on s'efforcera de ramener les lésions oculaires à leur plus grande simplicité.

(*Archiv. belges de méd. milit.*, mai 1851.)

OBSERVATION DE SCIATIQUE TRAITÉ PAR LA CAUTÉRISATION DE L'OREILLE;

par J. Dewalsche, médecin.

Des faits déjà nombreux attestent l'efficacité de la cautérisation de l'hélix pour combattre la sciatique. L'observation suivante n'en est pas moins intéressante par les utiles enseignements qu'elle contient. Elle nous apprend que la cautérisation doit être forte, puisque la première, qui avait été légère et superficielle, n'a produit aucun effet; elle nous montre encore qu'il peut être nécessaire d'y revenir à plusieurs reprises pour obtenir un succès complet.

Vandevoorde, caporal au régiment de carabiniers, 24 ans, cheveux bruns, bien constitué, entre à l'hôpital militaire d'Anvers le 7 janvier 1851.

Il se plaint de douleurs sourdes et continues dans le membre inférieur gauche, le long du trajet du nerf sciatique. Elles s'accompagnent d'une sensation de froid et d'élancements douloureux. Le membre est raide et la marche presqu'impossible. Par l'exploration, je découvre le long du nerf un certain nombre de points circonscrits très-douloureux à la pression, et spécialement au niveau de l'échancrure sciatique, au dessous du pli de la fesse, sous la tête du péroné, au mollet. Suivant le rapport du malade, ces douleurs sont survenues à la suite d'un refroidissement produit par une station prolongée, et sans chaussure, sur les pierres bleues du cachot de St-Bernard, où il se trouvait vers la fin du mois de décembre 1850.

J'eus recours, pour combattre cette névralgie, à l'application successive de neuf vésicatoires volants placés sur les points reconnus sensibles à la pression. Cette médication fit disparaître les points douloureux, enleva la sensation de froid et rendit les élancements moins fréquents; mais les douleurs sourdes, ainsi que la

raideur du membre et la grande difficulté de la marche, persistèrent. Ensuite j'administrai l'essence de térébenthine à la dose de quatre à six grammes par jour. Je fus forcé, au bout de huit jours, de renoncer à l'emploi de ce moyen à cause de la grande répugnance du malade, dans l'état duquel il ne survint d'ailleurs aucun changement. Après ces tentatives poursuivies sans succès pendant plus de six semaines, nous résolûmes, M. Gouzée et moi, de recourir à la cautérisation de l'oreille. Je la proposai au malade qui y consentit aussitôt.

Le 21 février au matin, en présence de MM. Gouzée et Hart, j'appliquai transversalement sur l'hélix de l'oreille gauche, au point où ce rebord s'engage dans la conque et immédiatement au dessus du tragus, l'extrémité recourbée d'un petit cautère cylindrique chauffé au rouge brun. Aussitôt que le cautère fut appliqué, le malade se recula par un mouvement brusque, de sorte qu'il ne résulta de cet attouchement qu'une cautérisation excessivement superficielle. Elle ne procura aucun soulagement.

Le 23, le cautère rougi fut appliqué au même endroit et maintenu en place pendant une minute. Cette seconde cautérisation donna lieu à une escarre d'un brun grisâtre, longue d'un centimètre et large de trois millimètres. Pendant tout le courant du jour, Vandevoorde n'éprouva aucune amélioration ; mais le lendemain, en se levant, il s'aperçut avec surprise que les mouvements du membre étaient devenus entièrement libres et que toute douleur avait disparu. Ivre de joie, il se mit à courir et à sauter dans la salle, au grand ébahissement des autres malades. Je fus émerveillé du résultat produit par la cautérisation, à l'efficacité de laquelle j'avais cru fort peu. Je fis voir le malade à MM. Gouzée et Hart qui furent tout aussi étonnés que moi.

Le 25 au soir, quelques élancements rares reparurent dans le nerf au niveau du pli de la fesse. Ils se reproduisirent les soirs suivants. Le membre était bientôt fatigué par la marche, et sa flexion portée un peu loin donnait lieu à des tiraillements douloureux. Du reste, l'amélioration s'était maintenue à un degré remarquable.

Le 8 mars, je pratiquai la cautérisation pour la troisième fois. Elle fut immédiatement suivie de la guérison complète et le malade sortit de l'hôpital, le 16 du même mois, ne ressentant plus rien de son affection.

(*Archiv. belges de méd. milit.*, mai 1851.)

PIEDS BOTS.—GUÉRISON PAR LA SECTION SOUS-CUTANÉE DES TENDONS D'ACHILLE, DES JAMBIERS ANTÉRIEURS, DES EXTENSEURS, ADDUCTEURS ET FLÉCHISSEURS DU GROS ORTEIL ;

Par A. Tilly, médecin.

L'observation que je vais rapporter a été communiquée, le 30 décembre dernier, à la réunion mensuelle des médecins de la garnison de Gand. J'ai mis alors sous les yeux de mes collègues, pour les mettre à même de constater le résultat, les modèles en plâtre obtenus par le moulage sur nature, avant et après le traitement.

L'enfant Adolphe A..., âgé de sept ans, me fut présenté dans les premiers jours du mois de janvier 1848. L'examen me fit constater chez lui un tempérament lymphatique véritable, avec les signes extérieurs d'une prédisposition aux affections tuberculeuses, et deux pieds bots (poplité interne) : cet enfant marchait avec la plus grande peine et était condamné à rester constamment assis.

Les membres inférieurs présentaient les caractères anatomiques suivants : atrophie considérable du système musculaire des jambes ; les pieds sont pliés sur leurs bords internes, cette flexion siégeant principalement dans l'articulation de la deuxième rangée du tarse avec la première ; la face plantaire est postérieure et présente deux sillons profonds, dont l'un transversal, plus profond vers le bord interne, correspond à l'articulation du premier métatarsien avec le premier cunéiforme et à l'articulation de cet os avec le scaphoïde, et dont l'autre antéro-postérieur, plus profond antérieurement, correspond au troisième métatarsien. La face supérieure du pied regarde en avant ; une partie de la surface articulaire de l'astragale, qui doit s'articuler avec le tibia, est projetée en avant et fait saillie sous la peau. Le bord externe est formé d'une ligne convexe et présente une bosselure fortement marquée, provoquée par un épaississement de la peau, suite de la marche, et par un déplacement partiel du cuboïde. Le bord antérieur, ou les orteils, regarde complétement en dedans et est froncé sur lui-même du côté de la face plantaire. Le talon est fortement relevé et dépasse d'environ un demi-pouce la malléole externe.

Pour faire une description détaillée convenable des déformations osseuses, articulaires et ligamenteuses du pied, qui sont considérables, il faudrait avoir sous les yeux les pièces anatomiques préparées.

J'entrepris le traitement le 5 janvier, et commençai, le même jour, par la section des deux tendons d'Achille, à 3/4 de pouce au-dessus de leur insertion au calcaneum, point correspondant à

un pouce environ au-dessus de la malléole externe. Les monographies prescrivent comme règle générale, de faire cette section au niveau du milieu de la malléole externe. Ce mode d'opérer était impraticable dans cette circonstance, à cause de l'élévation du talon au-dessus de ce point de repère; et, puisque la difformité à corriger consiste toujours dans un déplacement relatif variable des parties solides, les rapports de ces parties varient conséquemment plus ou moins dans chaque cas particulier; je considère comme règle générale préférable et pouvant s'adapter à tous les cas de ténotomie ou de myotomie indistinctement, de faire la section des tendons ou des muscles, en tenant compte des rapports anatomiques, là où ils forment la plus forte saillie et où ils paraissent être détachés des parties environnantes.

Je fis donc une ponction longitudinale au côté externe de chaque tendon, par laquelle j'introduisis entre la peau et le tendon un ténotome à pointe mousse, afin d'opérer la section d'arrière en avant. Pour les autres sections tendineuses, je me servis d'un seul ténotome aigu en opérant toujours de dehors en dedans.

J'obtins ainsi un allongement de trois quarts de pouce environ et fixai les membres dans la position la plus favorable à l'aide d'un appareil amidonné. J'ôtai l'appareil le 10, et commençai immédiatement les manœuvres propres à obtenir un plus grand redressement.

Le 17 janvier, je fis la section des jambiers antérieurs sur le dos du pied, à un demi pouce environ au-dessus de leur insertion au premier cunéiforme où ils forment une forte saillie. J'obtins instantanément un redressement très-notable.

Les tendons extenseurs des gros orteils présentant l'obstacle le plus immédiat à un redressement plus complet, j'en fis la section vers le milieu du premier métatarsien, dans la même séance.

Jusqu'au 22, je laissai le membre dans un appareil amidonné; je continuai ensuite les manœuvres de redressement en y consacrant, matin et soir, une heure et demie environ.

Dans les intervalles, je tenais les membres fixés à l'aide de bandes et d'une attelle.

Le 28, je fis la section, vers le milieu du premier métatarsien, des muscles adducteurs et petits fléchisseurs des gros orteils. Cette section fut suivie d'un nouveau succès, et je fixai le pied dans un appareil amidonné jusqu'au 2 février. Je repris ensuite les manœuvres pour allonger les ligaments articulaires raccourcis et favoriser la formation d'articulations normales.

Le 20 février, j'étais résolu à couper l'aponévrose plantaire et au besoin les tendons du court fléchisseur commun, qui s'oppo-

saient à un redressement ultérieur ; mais les parents, cédant aux pleurs de l'enfant et suffisamment satisfaits du résultat obtenu, s'opposèrent à toute nouvelle opération.

Je continuai à faire des manœuvres matin et soir, appliquant dans les intervalles un appareil à double articulation, dont l'une permettait la flexion et l'extension du pied sur la jambe, et dont l'autre permettait un mouvement latéral de la moitié antérieure du pied sur la moitié postérieure. Ces articulations étaient réglées par des vis de rappel.

L'enfant s'habitua rapidement à marcher et même à courir avec ces appareils.

Toutes les plaies cutanées se guérirent par première intention sans traces d'ecchymoses ni de suppuration.

Sous l'influence d'une thérapeutique et d'une hygiène convenables, la santé générale de l'enfant s'était considérablement amendée et le système musculaire des jambes s'était notablement renforcé.

Au commencement du mois d'août, le jeu des tendons étant parfaitement libre et les pieds n'ayant plus de tendance à se déformer quand on ôtait les appareils, et ayant pu me convaincre que la sensibilité de la peau des gros orteils et des pieds n'avait reçu aucune atteinte, je considérai dès lors ma tâche comme terminée.

Je conseillai cependant la continuation, encore pendant un an au moins, de l'usage des appareils et de la médication générale.

(*Archiv. belges de méd. milit.*, mai 1851.)

MÉMOIRE SUR L'EMPLOI DES APPAREILS OUATÉS;

Par M. Ad. Burggraeve.

Suite et *fin* : voir les nos de mars 1851, p. 177 ; avril, p. 201.

« On voit de quel principe nous sommes parti pour construire nos appareils de la cuisse. Ces appareils se composent : 1° de trois fortes attelles en carton : une interne se repliant sous la plante du pied et allant jusqu'au pubis ; une postérieure étendue du talon jusqu'au-delà de la crête iliaque et s'élargissant à la fesse, de manière à l'embrasser ; une externe allant également de la plante du pied jusqu'au-delà de la crête des îles ; 2° d'un sous-cuisse en carton, destiné à relier les attelles entre elles en passant obliquement sur la hanche ; 3° d'une ceinture pelvienne également en carton. Chacune de ces pièces reçoit une couche épaisse de ouate.

— Le malade étant placé sur un plan dur et parfaitement horizontal, on fait faire l'extension et la contre-extension. Cette opération doit être conduite lentement pour ne pas provoquer des contractions musculaires. Quand le membre a été rendu à sa longueur et à sa direction normales, on met les attelles en place et on les assujettit provisoirement avec les courroies. On s'assure de nouveau que la réduction est bien faite et après avoir ordonné aux aides d'augmenter l'extension, on se met en mesure d'appliquer la bande et la couche d'amidon. Pour cela, on prend de la pâte dans la main gauche et la bande dans la droite et on commence par appliquer les doloires à partir du pied, les égalisant à mesure avec la colle. La compression doit être assez forte pour aplatir la ouate et la réduire au tiers de son épaisseur. On continue ainsi jusqu'à l'aîne où l'on termine par un spica fort et large, de manière à enfermer la fesse et la hanche dans une coque solide. Les courroies ont été enlevées au fur et à mesure que les tours de bande sont venus les remplacer. En attendant que l'appareil soit sec, on maintient le membre dans l'extension par l'attelle de Desault, ou au moyen d'un poids attaché autour de la cheville et renvoyé au pied du lit par une poulie. La contre-extension est faite dans ce dernier cas par un sous-cuisse en sangle, fixé à la tête du lit au moyen d'une courroie, ainsi que le pratique M. Seutin. Pendant toute la durée du traitement, le malade garde le membre étendu, même quand il se lève ou s'assied. »

Fractures de la jambe. — Une fracture double, oblique, de la jambe, avec épanchement de sang considérable et tuméfaction très-prononcée du membre, fut traitée par l'application immédiate de l'appareil ouaté.

« Cet appareil, dit M. Burggraeve, consista dans une botte ouatée, construite au moyen de trois attelles en carton, allant jusqu'au-dessus du genou et, à partir de ce point, disposé comme l'appareil de la cuisse. Au bout de douze heures, la coque quoique n'étant pas complétement sèche fut incisée. La jambe était couverte de larges phlyctènes, remplies d'un sang noirâtre qui semblait avoir été exprimé à travers le tissu de la peau. Comme le membre avait conservé sa chaleur et ne présentait aucun indice d'inflammation, nous ne prîmes aucune inquiétude de cet état. Les phlyctènes furent vidées par de petites ponctions et reconvertes d'un linge cératé. La coque fut refermée immédiatement avec une bande nouvelle. Le quatrième jour, la résolution ayant en partie amené le dégonflement du membre, nous fîmes faire une nouvelle extension, afin d'obtenir une réduction complète. C'est toujours ainsi que nous nous comportons, quand par suite du gonflement

ou du spasme, nous ne sommes pas parvenu à ramener les fragments dans une première tentative de réduction. L'appareil ouaté est un excellent moyen de hâter cette dernière. C'est une erreur de croire que dans ces cas il faille surseoir à l'application de l'appareil définitif et faire des fomentations froides. Par cette conduite, on est loin de dissiper l'engorgement primitif et d'empêcher l'inflammation. Il ne faut pas perdre de vue, en effet, que dans les fractures il y a deux causes d'engorgement : l'une passive, due à des épanchements ou des stases des liquides ; l'autre active, produite par l'afflux du sang vers l'endroit de la lésion. Les stases sont particulièrement amenées par la stupeur dont le membre fracturé est frappé : elles précèdent les engorgements actifs résultant de la réaction. Aussi les applications froides sont incapables de les dissiper, si même elles ne les augmentent par la dépression de la vitalité. Quant aux engorgements actifs, sans doute le froid continu peut les dissiper : mais combien celui-ci n'est-il pas difficile à obtenir ? La profondeur de la lésion, les bandages dont on est obligé d'entourer le membre, sont ici autant d'obstacles. Nous avons remarqué, à l'époque où nous faisions encore usage des irrigations froides, que les malades se plaignaient d'un sentiment de chaleur et même de brûlure qui finissait par devenir très-douloureux et empêcher tout repos. Que dire ensuite des appareils provisoires ou prétendûment contentif, si ce n'est que c'est à eux qu'il faut attribuer une grande partie des accidents qui se déclarent. Le membre mal assujetti, obéit à l'action musculaire, ou est entraîné par son poids. Au défaut de contention vient s'ajouter celui de la compression méthodique ; de là stase et tuméfaction.

« Un membre fracturé auquel on s'est contenté d'appliquer un bandage simplement contentif, ou qu'on a confié à la position seule sur des plans inclinés ou horizontaux, s'engorge par ce fait seul et finira par s'enflammer, si on ne lui vient en aide par un pansement méthodique. »

Fractures du péroné. — « Depuis que nous avons généralisé l'appareil ouaté dans notre service, nous avons abandonné l'attelle de Dupuytren pour les fractures du péroné. Il nous a paru que l'emploi de la botte était plus favorable et neutralisait beaucoup plus sûrement l'action musculaire que la projection du pied en dedans, comme le voulait l'illustre chirurgien français. Le principe de la contention passive trouve encore ici son application. »

— M. Burggraeve applique aussi l'appareil ouaté dans les luxations, les entorses, les arthrites traumatiques, les plaies des articulations, les tumeurs blanches, en un mot, dans toutes les arthropathies.

Dans les phlegmons, suite de contusions ou d'autres causes externes, l'appareil ouaté amène, dit-il, une prompte résolution et empêche la formation d'abcès diffus. Mais il n'en est pas toujours de même dans les phlegmons par cause interne : ici il y a une prédisposition spéciale, une diathèse inflammatoire qui fait que ces phlegmons avortent plus difficilement et passent à la suppuration.

— Après avoir rapporté un grand nombre de faits (soixante-sept) qui prouvent combien sont fréquents et variés les cas d'application de l'appareil ouaté, et les résultats heureux qu'on en obtient, M. Burggraeve termine son mémoire par les conclusions suivantes :

« Nous bornons ici les extraits de nos journaux cliniques dans la crainte de donner à ce mémoire, simple résumé de notes, une étendue trop grande. Nous pensons d'ailleurs que, par leur variété et leur importance, ces faits seront suffisants pour le praticien. Ce qui résulte de ces relevés, c'est la multiplicité des cas auxquels l'appareil ouaté est applicable. Un de ses principaux avantages, c'est de prévenir l'inflammation traumatique. Aussi son application ne saurait être trop prochaine. Les faits nous l'ont démontré. Dans les fractures, comme dans les entorses et les luxations, la question des pansements immédiats est résolue pour nous, et nous pensons que les irrigations froides doivent être abandonnées, comme des moyens incertains et dangereux. D'ailleurs, quand il serait vrai qu'elles empêchent l'inflammation, elles sont au moins superflues avec notre appareil. L'application immédiate de l'appareil est de règle dans notre service, et les internes n'attendent même plus notre arrivée. Dès qu'une fracture entre, elle est placée dans sa coque ouatée. Jusqu'ici aucun accident ne nous a forcé de nous départir de cette règle de conduite. Avec l'appareil ouaté, nous obtenons des consolidations beaucoup plus rapides qu'avec les appareils anciens. Il nous est arrivé de faire voir à nos élèves des fractures de jambe réunies au bout de seize jours, au point de permettre au blessé de lever le membre. La tumeur du cal provisoire est peu considérable et même dans quelques cas inappréciable. Nous attribuons cette activité organique à l'espèce d'incubation à laquelle la fracture est soumise dans la coque ouatée. Et en effet, la réunion d'un os fracturé qu'est-ce, si ce n'est une reformation de tissu ? Ne faut-il pas, comme dans l'œuf, que la lymphe épanchée s'organise, ou plutôt, pour parler le langage des histologues, que cette lymphe en tant que blastême permette à de nouvelles cellules de se développer ? Sous ce rapport, ce qui se passe dans une frac-

ture ne saurait mieux être comparé qu'au travail de l'incubation dans l'œuf fécondé.

« Comme méthode de déligation, l'appareil ouaté répond à toutes les exigences du traitement, et mieux qu'aux opérations sanglantes, on peut lui appliquer le *tuto, cito* et *jucundè.*

Tuto. Par son élasticité, il empêche toute espèce de constriction ou d'étranglement. Autant il faut de précaution et d'habileté de main dans l'application de la bande roulée, autant les attelles ouatées sont d'un emploi facile et n'exigent d'autre précaution que d'être serrées d'une manière égale et continue. La compression ne saurait nuire ici, puisqu'elle est amortie par la ouate, corps éminemment compressible. Il faut avoir soin seulement que la couche de ouate soit suffisamment épaisse. Nous en prenons généralement quatre travers de doigt, que nous comprimons à la moitié ou au tiers. C'est une précaution sur laquelle nous ne saurions trop insister, puisque sans elle on risque que les attelles pressent trop directement sur les chairs et, en se séchant, déterminent des phlyctènes. Quant au degré de compression, c'est une affaire d'habitude. Mais même en l'absence de cette dernière, les parties molles ne courent aucun risque d'être étreintes, comme il est arrivé avec la bande roulée. Le malade lui-même doit être consulté quant à cette compression. S'il éprouve du soulagement, on continue à serrer de la même manière. Si, au contraire, il se plaint, on diminue. Nous avons en outre l'habitude de l'interroger des yeux, afin qu'à la moindre expression de douleur nous puissions nous arrêter.

« *Cito.* La simplicité de l'appareil permet de l'appliquer d'une manière rapide, avantage réel dans les fractures compliquées. Nous ne mettons d'ordinaire pas plus de quelques minutes dans l'application d'un appareil de jambe. Qu'il nous soit permis de revenir sur ce pansement, afin d'être sûr que notre idée sera comprise. Soit une fracture des deux os. On commence par disposer l'appareil : de la ouate en feuille épaisse, des attelles en carton, une forte bande en toile, des courroies ou mains-mortes, de la colle d'amidon en gelée bien égale, des gouttières en carton. On déchire les attelles d'après la forme et la longueur du membre. Quant à leur largeur, il faut qu'étant appliquées elles laissent entre elles un certain intervalle, afin de pouvoir rétrécir la coque à mesure du retrait des parties, sans qu'on ait besoin de faire chevaucher les valves. Cette précaution est nécessaire afin de ne pas avoir une double épaisseur sur la ligne du chevauchement, laquelle, correspondant à la crête tibiale, produirait une empreinte douloureuse. Il ne faut pas perdre de vue, en effet, que la ouate se moulant sur les parties aussi exactement que le plâtre, toute inégalité, quelque

légère qu'elle soit, laisse des traces dans les chairs. L'appareil devant être une botte allant jusqu'à mi-cuisse, il faut que les attelles aient cette longueur ; la postérieure formant le tiers postérieur de la botte, est disposée en gouttière pour reposer le membre, les latérales, formant des tiers de tiges, se replient sous la plante du pied. Les attelles étant ainsi façonnées et exactement adoptées à la forme du membre, on les mouille et on colle une bandelette de toile sur leur face interne, afin qu'en séchant elles soient moins cassantes. On les matelasse ensuite d'une couche épaisse de ouate, laquelle doit dépasser les bords des attelles d'au moins deux travers de doigt, afin que les chairs ne risquent point d'être pincées dans leurs intervalles. Ces préparatifs terminés, on procède à l'extension du membre et on glisse au-dessous l'attelle ou la gouttière postérieure. Le membre est alors posé sur un coussin sur lequel sont placées les courroies ou mains mortes, puis on met en place les attelles latérales, et on serre les courroies. Le chirurgien s'étant assuré que le membre est dans sa direction normale, fait relever le membre en ordonnant aux aides de bien maintenir l'extension et la contre-extension, et il s'apprête à l'application de la bande roulée et à l'encollement de tout l'appareil. Il prend dans sa main gauche de la gelée d'amidon bien égale et de la droite la bande dont il commence par passer deux ou trois tours sur l'endroit de la fracture. Il descend ainsi sur le pied pour remonter jusqu'au haut de la botte par des doloires obliques, ne se couvrant que par leurs bords, afin de ne pas donner au linge une épaisseur trop grande, ce qui constituerait une dépense inutile et serait d'ailleurs une difficulté dans l'incision ultérieure de la coque. Les courroies sont enlevées par un aide au fur et à mesure que la bande vient les remplacer. Une dernière couche d'amidon est ensuite passée sur l'appareil, afin de l'égaliser, et après l'avoir recouvert d'une compresse, on place le membre dans la gouttière de carton qu'on ferme solidement par les courroies. Ainsi emballée, la fracture peut subir tous les déplacements ; même le blessé peut la lever. Nous ferons remarquer que le temps que nous avons mis à décrire le pansement est plus long que celui qu'il faut pour le faire. Sous ce rapport, il y a une économie de temps. On sait combien les appareils anciens étaient longs à appliquer. Une coque qui a déjà servi peut être utilisée pour d'autres pansements. Nous avons à l'hôpital un magasin où les élèves vont prendre celles qui peuvent leur servir. Nous savons qu'il en est de même à l'hôpital militaire de Gand, où l'appareil ouaté a été introduit avec le plus grand avantage. Mais c'est surtout aux ambulances que cet appareil sera utile. Si notre système est adopté, il faudra dans les

fourgons des coques de toutes grandeurs et formes, prêtes à être appliquées au moment de l'accident. Les coques étant sèches, on n'aura qu'à les mouiller, afin de les adapter plus facilement et ensuite à les matelasser. Une gouttière de carton, ou au besoin deux attelles ou tuteurs en bois, compléteront un système solide et à l'abri de tout dérangement. Le membre, enveloppé dans sa coque ouatée, peut défier les secousses ou les ébranlements extérieurs, et la douce chaleur qui l'environne le met à l'abri des vicissitudes de l'air ambiant, circonstance importante pour le blessé, quand il doit être transporté à de grandes distances, dans des temps froids et pluvieux. Et qu'on remarque les avantages ultérieurs de notre mode de déligation : le blessé a le temps de revenir de la stupeur; arrivé à son séjour définitif, le chirurgien examine quelles sont les parties qui peuvent être conservées, et même aura le bonheur de sauver des membres là où il eût été obligé de les sacrifier, faute de pouvoir les garantir contre les dangers du transport. Quant à l'inflammation et à ses conséquences, on a moins à les craindre puisqu'on écarte toutes les circonstances aptes à les produire. . . . . Les lésions traumatiques sont loin de devoir se terminer toutes par suppuration. D'ailleurs, cette dernière se fait hors du contact de l'air, de là moins de danger pour les infections purulentes. Il en est de même des gangrènes nosocomiales.

« Par sa simplicité, l'appareil ouaté l'emporte sur les appareils qui ont été proposés jusqu'ici. Il en est de même de son économie : une feuille de ouate, du poids de 1 kilo; coûte à Gand un franc, et il y a amplement de quoi faire deux ou trois pansements (1). La feuille de carton revient à soixante-quinze centimes. La bande roulée peut être de toile grossière, pourvu qu'elle soit suffisamment solide. Il suffit d'une bande blanche pour faire ce qu'on nomme la toilette de l'appareil. Finalement on a quelques courroies en cuir, nécessaires surtout à la campagne, où le médecin n'a pas toujours les aides nécessaires. — Dans quelques cas de fractures, comme celles des membres inférieurs, l'appareils pourra être simplifié en faisant seulement usage de ouate et d'attelles en carton, serrées par des courroies en cuir ou en sangle. Cet appareil, dont nous avons fait l'application dans notre service, dispense de l'inciser pour l'ouvrir et faire l'inspection du membre. »

(*Archiv. belges de méd. milit.*, janvier 1851)

(1) Cette ouate se trouve chez Bayly, fabricant d'instruments de chirurgie Rempart des chaudronniers, à Gand.—MM. les médecins pourront s'y pouvoir en tout temps.

MÉLANGES.

EMPOISONNEMENT PAR LA NICOTINE.

La lugubre affaire qui se juge en ce moment à Mons et qui occupe si fortement l'attention publique aura fourni à la France l'occasion de faire briller deux de ses gloires les plus chères, la science et le barreau. On sait que la défense d'un des accusés est entre les mains d'un avocat français, et voici que M. Orfila devance la toxicologie belge dans la divulgation publique des caractères du poison ingéré par la victime et des moyens de le retrouver sur le cadavre. On se rappelle que le 20 du mois dernier, avant que personne n'eût connaissance des procédés d'analyse suivis par M. Stas, ni des caractères assignés par lui à la présence du toxique, M. Orfila avait déposé sur le bureau de l'Académie un mémoire sur la nicotine. Des scrupules très-fondés lui interdisaient alors de le rendre public; ils sont levés aujourd'hui par la déclaration des accusés qui reconnaissent que c'est, en effet, la nicotine qui a donné la mort à Gustave Fougnies. M. Orfila est donc venu, mardi dernier, donner lecture de son mémoire à l'Académie.

Les faits, les expériences, les résultats consignés dans ce travail, on les trouvera plus loin. Il serait d'autant plus inutile de les rappeler ici que le mémoire les présente sous une forme concise et serrée qui se prêterait difficilement à un résumé. Ce que nous voulons surtout constater, c'est, d'un côté, la part de la médecine française à une conquête toxicologique, et, de l'autre, une nouvelle et heureuse application de la méthode d'investigation inaugurée en 1839 par M. Orfila.

Il n'y a pas longtemps que la science est en mesure de reconnaître chimiquement sur le cadavre les principaux poisons du régne végétal, et c'est M. Orfila lui-même qui lui en a surtout fourni les moyens. Pour ce qui concerne la nicotine, il avait déjà publié, dès 1843, d'importantes recherches dans sa *Toxicologie générale*; celles qu'il expose aujourd'hui achèvent d'éclairer la question. La science a un motif particulier de se féliciter de l'espèce d'émulation qui s'est établie entre le chimiste belge et le chimiste français; c'est l'accord presque complet qui règne entre les procédés suivis et les résultats obtenus par l'un et par l'autre. Dans ces deux autorités, déjà si compétentes isolément, et qui se prêtent encore une force mutuelle, on comprend quel gage de sécurité pour la science et pour la justice! Il y a bien quelques différences entre les procédés; M. Orfila, qui depuis le dépôt de son mémoire a eu connaissance du rapport de M. Stas à la cour

d'assises du Hainaut, est le premier à les signaler. Ainsi M. Orfila acidule la liqueur suspecte avec l'acide sulfurique, ne craignant pas que cet acide, au degré de dilution où il est employé, décompose une certaine quantité de nicotine ; M. Stas, pour plus de sécurité, emploie l'acide oxalique. Tous deux évaporent au bain-marie pour coaguler et séparer une grande partie de la matière organique; seulement M. Stas obtient souvent le même résultat à l'aide de l'alcool. Tous deux enfin traitent par l'éther la liqueur rendue alcaline, afin de dissoudre la nicotine qu'on obtient ensuite par évaporation ; seulement M. Orfila se passe quelquefois d'éther et décompose le liquide alcalin en vase clos, à feu nu; la nicotine se condense dans le récipient. Ces différences accessoires n'empêchent pas que le fond des opérations ne soit le même et appuyé sur les mêmes principes.

On est d'accord aujourd'hui sur l'importance du service rendu par M. Orfila, le jour où il est venu démontrer que la toxicologie pouvait et devait étendre la main au delà du tube digestif ; que les poisons, échappés par les voies de l'absorption et réfugiés dans la profondeur des organes, pouvaient y être saisis et mis à nu; qu'on les retrouvait dans le foie, dans la rate, dans les reins, dans les poumons, dans la chair musculaire. La nicotine ne fait pas exception à cette loi. M. Stas l'avait bien présumé, et il a retiré du poison de la langue, du foie et des poumons. Voilà donc encore une porte fermée à l'impunité. En vain l'estomac et les intestins se seront débarrassés, d'une manière ou d'une autre, de la liqueur vénéneuse, si cette liqueur a été prise en quantité notable, elle n'échappera pas tout entière à l'investigation; les organes en rendront une partie. La sécurité est augmentée encore par une circonstance particulière de l'empoisonnement par la nicotine ; c'est que cette substance, à moins de doses assez considérables, ne paraît provoquer ni vomissements ni diarrhée. Du moins en a-t-il été ainsi dans les nombreuses expériences de M. Orfila, toutes relatives, il est vrai, à des animaux.

Tout le monde a apprécié et la justice et la convenance des éloges donnés par l'auteur à son collègue de Bruxelles. Dans tout le cours de sa pénible expertise, au milieu de l'obscurité où le laissaient alors les documents de l'instruction, placé en face d'une longue série de substances toxiques entre lesquelles le choix ne pouvait qu'hésiter, condamné à de nombreux tâtonnements dans lesquels il importait de ne pas faire de pertes sensibles sur la quantité des matières suspectes, M. Stas a donné les preuves d'une éclatante habileté. Il n'en peut désirer un plus précieux témoignage que celui que lui a rendu M. Orfila en déclarant cette expertise

digne de servir de modèle dans tous les cas où il s'agira de rechercher les poisons végétaux.

VINGT-QUATRE HEURES A L'HÔPITAL ST-BARTHÉLEMY A LONDRES.

C'est une rue glissante que la rue qui monte à Ludgate-Hill, surtout l'hiver, quand, après une semaine de pluie, on s'y aventure de grand matin, au milieu de l'atmosphère condensée des brouillards de la Tamise et de la fumée du charbon de terre.— Voici la basilique de Saint-Paul; levez la tête et forcez votre œil à fendre la brune : le colosse ne vous semble-t-il pas plus majestueux que d'ordinaire, avec son dôme superbe enseveli à moitié dans les nuages jaunâtres du ciel de Londres ? A peine si vous distinguez l'immense cadran et ses aiguilles longues de six pieds. Autour de vous, tout est tellement sombre et vague, qu'en entendant sonner six heures vous êtes tenté de croire que l'horloge se trompe, et que, pressée de sortir de la saison froide, l'infidèle a devancé le temps. Ce n'est cependant pas six heures du soir, car toutes les boutiques sont fermées, toutes les rues sont presque désertes et silencieuses. A la place de ce flot sans cesse renouvelé d'allants et de venants qui se croisent et se heurtent, vous n'apercevez que de rares piétons : ici un policeman qui fait lentement sa ronde ; là trois maçons qui hâtent le pas pour se rendre au chantier; plus loin une voiture de marchand de poissons roulant au grand trot sans danger d'écraser personne.—Prenez à gauche, montez la rue d'Old-Bailey : la scène change. C'est maintenant Newgate qui dresse devant vous ses hautes et noires murailles, Newgate dont l'aspect sombre et morne jette la tristesse dans l'âme. A côté, l'église du Saint-Sépulcre avec ses grandes tours et ses cloches qui tintent au condamné le glas de sa dernière heure. La prison et l'église ont le même air d'impassible austérité ; mais autour des deux monuments la vie éclate dans toute sa turbulence. C'est un bruit assourdissant d'animaux qui beuglent ou qui bêlent, de chiens qui aboient, de voitures qui roulent, de fouets qui claquent, de coups qui retentissent nombreux et précipités ; le pavé résonne du piétinement des bestiaux, et puis, au-dessus de tout ce vacarme, s'élève un chœur effroyable de jurons et de blasphèmes lancés par des hommes abrutis à de malheureuses bêtes malmenées, effrayées et furieuses.— D'Old-Bailey, tirez vers Smithfield : la foule grossit, grossit toujours, et, à chaque pas que vous faites, vous voyez rouler plus épaisse la vague noirâtre du torrent de boue qui inonde lit-

téralement la place. En ligne sont rangés des milliers de bœufs, épaule contre épaule, aussi serrés, aussi nombreux que des soldats en bataille. A côté des bœufs, des milliers de moutons, enchâssés immobiles dans leurs parcs, aspirent péniblement le peu de vie qui leur reste, tandis que les marchands et les bouchers débattent leur prix, que les conducteurs vocifèrent après leurs chiens, et que les chiens s'élancent, l'œil en feu, sur les pauvres troupeaux encore emprisonnés. Chaque animal que vous voyez là a les flancs haletants, la bouche béante et la respiration oppressée. Si toutes ces malheureuses bêtes pouvaient articuler la parole humaine, de leurs mille gosiers desséchés sortirait un même cri, long et retentissant, qui couvrirait tous les bruits d'alentour, pour dire : *De l'eau ! de l'eau !*

Gare à vos pieds, si vous ne voulez pas qu'ils soient écrasés sous les souliers ferrés des conducteurs de bestiaux ! — gare à vos yeux, pour qu'ils ne soient pas crevés par l'aiguillon de fer dont est armée la gaule des bouviers ! — gare à votre tête, pour qu'elle ne soit pas broyée sous un coup destiné à un malheureux bœuf ! — gare à vos poches aussi ! car tous les voleurs ne sont pas dans le sévère édifice que vous venez de laisser derrière vous, et, chaque fois que la bourse se laisse deviner, il ne manque pas de doigts agiles pour visiter son contenu. La foule des gens n'est pas moins considérable que celle des bêtes, et, au marché matinal de Smithfield, on n'a guère le temps de s'occuper des coups que reçoit le voisin ou des pertes qu'il peut faire.

Vous voyez cette armée de moutons, de bœufs, de veaux et de porcs qu'on amène là pleins de vie ; eh bien ! songez que ce rassemblement immense ne fait pas trois jours de nourriture à la bonne ville de Londres ; songez que, dans l'espace d'une semaine, tous ces êtres vivants auront été tués, cuits, mangés et digérés ; que leurs peaux seront à la tannerie, leurs cornes dans l'atelier du tabletier, et leurs sabots dans le pot à la colle. En une semaine, tout ce que vous avez là sous les yeux aura disparu, consommé par les estomacs de la ville de Londres... Jugez de l'appétit de cette immense cité !

Mais la place du marché de Smithfield n'est pas un lieu où l'on puisse en sûreté se livrer aux études statistiques.

Quel est ce tumulte ? On se pousse, un grand cri part, suivi d'une lourde chute. Voilà la foule qui ouvre ses rangs pressés. On relève une victime. Que s'est-il donc passé ? C'est une pauvre femme qui essayait de traverser la place pour se rendre à son ouvrage, juste au moment où un bœuf, à bout de tortures, s'est tout à coup insurgé contre ses bourreaux. Avec leur brutalité ordinaire,

les conducteurs avaient exaspéré l'animal, et la malheureuse ouvrière a payé pour les coupables.

« Portez-la à l'hôpital! » dit d'une voix rauque un gros marchand qui se trouve empêché dans son allure par le flot grossissant de la foule qui s'amasse. Le chapeau de la pauvre femme est tombé, et, pendant que les plus proches essayent de la relever, ses cheveux gris, que rien ne retient plus, flottent sur ses épaules et trempent dans la boue. Ses minces et misérables vêtements n'ont pas présenté grande résistance à la corne du bœuf, et le sang qui ruisselle de son corsage prouve que le coup a pénétré dans le côté.

« Portez-la à l'hôpital! » répète le gros homme. En même temps, et sans beaucoup de paroles, un policeman et trois mendiants s'emparent de la malheureuse, et l'emportent un peu plus loin, dans cet établissement toujours ouvert aux individus victimes d'accidents ou atteints de maladies graves.

L'hôpital Saint-Barthélemy est encore aujourd'hui à la même place qu'il occupait il y a des siècles, alors que Smithfield était le théâtre des fêtes publiques et des exécutions capitales : lieu de joies ou de douleurs, tantôt servant d'arène aux joutes et aux tournois présidés par les rois et les princes, tantôt buvant le sang des criminels politiques ou des martyrs de la foi religieuse. L'édifice actuel n'a plus trace des anciennes constructions ; l'hôpital couvre une étendue cinq fois plus vaste que le bâtiment originaire. De nos jours, les malades y entrent par une porte située sous la colonnade, où, jour et nuit, des personnes spéciales sont chargées de recevoir les accidents ou autres cas urgents. C'est à cette entrée qu'est transportée la victime du bœuf de Smithfield.

Le cordon de la sonnette s'offre de lui-même ; un seul coup fait venir le portier, qui, sur le simple mot « d'accident, » introduit le patient sans autre formalité.

Une fois à l'intérieur, la vieille femme est aussitôt examinée par le médecin de garde (1), et, comme sa blessure semble grave, on la place sur une espèce de brancard pour la porter dans une des salles de femmes affectée aux cas analogues. Entrons avec elle dans la cour de l'hôpital, et, tandis que ses porteurs montent avec précaution les larges degrés du magnifique escalier de vieux chêne

(1) *House-surgeon*, qui correspond à « l'interne » des hôpitaux français, mais qui peut-être dit plus. Le *house-surgeon* (pour la chirurgie) ou *house-physician* (pour la médecine) serait donc plutôt un *chef de clinique* résidant dans l'hôpital même.

qui donne accès aux différents services, examinons les détails de la maison.

La partie de l'hôpital qu'on aperçoit de Smithfield ne donne aucune idée du caractère réel de ce grand établissement. Les bâtiments qui aboutissent sur la rue ne sont en quelque sorte que les ouvrages extérieurs de la place, élevés là un peu pour en augmenter la commodité, mais surtout pour couvrir l'étendue de terrain occupée autrefois par les hautes maisons de commerçants, qui, il y a plusieurs années, interceptaient le jour et l'air au corps de logis principal. On a jeté à bas ces maisons pour laisser arriver l'air de l'immense carré de Smithfield; car il est bon de se rappeler que le marché a ses heures de calme, et que, quand on est destiné à respirer un air de pureté médiocre, il vaut encore mieux en avoir beaucoup que d'en avoir peu. Donc, pour continuer notre examen de l'édifice central auquel ces récentes constructions ont été ajoutées, nous voilà au milieu d'une cour quadrangulaire. Au centre est une pompe d'assez laide apparence, espèce de cylindre qui ressemble à une vieille chaudière à vapeur. Ce monument est surmonté d'un réverbère. Sur chaque face du quadrilatère s'élèvent de magnifiques bâtiments de pierre, hauts de plusieurs étages et percés de longues rangées de fenêtres. Chaque bâtiment a une porte centrale qui s'ouvre sur un large vestibule, d'où s'élance un escalier de bois de chêne. Chaque étage se divise en deux salles, l'une pour la médecine, l'autre pour la chirurgie. Chaque salle a son petit état-major d'employés sous les ordres d'une femme d'un certain âge qu'on appelle « la sœur. » Toutes les salles sont baptisées, soit du nom d'un des bienfaiteurs de l'hôpital, soit du nom d'une des vertus chrétiennes, ou bien encore du nom de personnages bibliques. Les noms sont écrits à côté des portes, absolument comme les noms des procureurs sous les sombres voûtes du Temple ou de Lincoln's-Inn. D'un côté, on voit : salle Darker, salle Sitwell, salle Harley, salle Kenton; ce sont les noms de personnes ayant fait des dons à l'établissement. De l'autre côté on a la salle Job, la salle Luc, la salle de l'Espérance, la salle de la Foi, la salle de la Charité. La personne placée à la tête de chacune de ces salles en prend le nom, comme jadis le capitaine prenait le nom de son vaisseau; alors il n'est plus question de mistress Jones ou de mistress Smith, c'est maintenant sœur Darker, sœur Sitwell, sœur Espérance, sœur Foi, sœur Charité. La plupart de ces femmes sont dans leur genre des modèles de vertus ; pleines de patience, de bonté et de fermeté, elles ont en outre tout ce qu'il faut pour faire prévaloir l'ordre, la propreté, le calme et le confort dans ces lieux où la maladie règne sous ses formes les plus tristes et avec

son cortége le plus hideux. Chaque sœur a, dans un coin de sa salle, une petite cellule qui ressemble étrangement à une cabine de bord. Cette cellule est son sanctuaire ; elle est pourvue d'une cheminée microscopique, d'un lit, d'une table et de chaises. C'est là que peut se retirer la sœur pour causer avec le médecin ou prendre tranquillement sa tasse de thé. C'est de là qu'elle sort pour gouverner son petit royaume de malades et d'infirmières.

Chaque salle a ses bains et toutes les autres convenances désirables ; chacune a ses cordons acoustiques, porte-voix silencieux qui transmettent et reçoivent les ordres ; enfin, chaque salle a trois infirmières en sus de la sœur, qui, si le besoin l'exige, peut augmenter le nombre de ses aides en recrutant dans le nombreux personnel des domestiques attachés à l'établissement. Cet état-major féminin compte ordinairement vingt-six malades sous sa garde, et, à toute heure de jour et de nuit, au moins une infirmière est toujours sur pied pour répondre aux besoins du service. Les infirmières ont leurs tours de *quart* comme les matelots à bord d'un navire. L'infirmière de nuit *prend son quart* à onze heures du soir jusqu'à six heures du matin, heure à laquelle commence le service de jour par l'administration des médicaments à ceux des malades qui reçoivent plus d'une potion en vingt-quatre heures. Presque aussitôt après que l'horloge a sonné six heures, il se fait un branle-bas général de fioles et de bouteilles, bientôt suivi des grimaces de cinq cents faces amaigries. Nous verrons tout à l'heure, quand nous serons au service de la pharmacie, combien, dans la demi-heure suivante, il s'avale de livres de pilules et de litres de médecine.

Après avoir ainsi exposé en détail le personnel d'une salle, il ne nous reste qu'à multiplier le même nombre par vingt pour être au courant de l'hôpital entier. Telle salle peut être affectée à la médecine, telle autre à la chirurgie, celle-ci aux maladies chroniques, celle-là aux affections aiguës : le noyau du personnel est toujours le même dans chacune. Saint-Barthélemy renferme cinq à six cents malades, plus ou moins ; mais, quel qu'en soit le nombre, les services sont toujours organisés et divisés comme nous venons de le dire.

Arrêtons-nous tout le jour ici pour voir comment sont nourris, traités et soignés, l'immense famille des malades et leurs attentifs serviteurs.

Notre pauvre vieille connaissance, la femme blessée par le bœuf, est maintenant dans un lit, et le médecin de service, après avoir examiné la nature de ses blessures et y avoir appliqué le pansement nécessaire, traverse la cour pour retourner chez lui ; suivons-

le, pour que notre examen soit complet, n'épargnons pas les questions.

En général, Londres, à six heures et demie, ne remue pas encore beaucoup, et, malgré le bruyant voisinage de Smithfield, l'hôpital a un air de placide tranquillité. Au sortir de la grande cour carrée, nous avons, d'un côté, la longue file de bâtiments qui forment l'école de médecine, la salle de consultation pour les malades du dehors, la pharmacie et ses laboratoires, l'amphithéâtre des cours, les pavillons de dissection, la bibliothèque, le musée, le magasin aux cercueils et la salle des morts, qui, tout le long de l'année, renferme en moyenne un habitant par jour. De l'autre côté, également à l'extérieur du noble édifice quadrangulaire central, se trouve la partie de l'établissement affectée à l'enseignement médical. Cette partie comprend la maison où demeurent un certain nombre d'élèves, leur réfectoire et le logement de l'aide chirurgien (*assistant-surgeon*). Près de là sont quelques salles spécialement destinées aux cas chirurgicaux et l'amphithéâtre où se font les opérations. Sur un troisième côté, et dans l'enceinte même de l'hôpital, s'élève l'église de Saint-Barthélemy-le-Mineur. On comprendra facilement comment une église paroissiale se trouve ainsi renfermée dans les limites d'un établissement spécial, quand on saura que l'hôpital couvre toute l'étendue de la paroisse, sauf deux ou trois maisons, De sorte que l'établissement possède à lui tout seul sa juridiction propre, son église paroissiale, ses réunions paroissiales, son comité paroissial et ses contributions paroissiales. C'est une petite principauté avec des lois de charité pour constitution ; des médecins, des chirurgiens et des administrateurs pour ministres et généraux ; des commis et des sœurs pour officiers ; des infirmiers, des infirmières, des cuisiniers et des hommes de peine pour soldats ; les sujets sont les malades et les pauvres de la Babylone moderne.

Ce n'est pas une petite affaire que de nourrir tout ce monde. Comme il est sept heures du matin et que les médicaments ont été administrés, les infirmières font leur première visite au buffet pour y prendre les rations de nourriture de la matinée. Les malades sont naturellement classés en plusieurs catégories de régimes suivant leur état. Voici la liste d'un jour ; cinq cent treize malades y sont ainsi rangés : cent soixante-deux au « régime plein, » *full-diet*, expression consacrée, qui comprend pour un jour les quantités suivantes : une pinte de potage au lait, quatorze onces de pain, une demi-livre de viande, une demi-livre de pommes de terre, de la bière (deux pintes pour les hommes, une pour les femmes) et une once de beurre. Vient ensuite le « demi-régime, »

half-diet, c'est-à-dire une part de nourriture dont se contenteraient volontiers bien des gens du dehors. Le demi-régime consiste en une pinte de potage au lait, douze onces de pain, un quart de livre de viande, une demi-livre de pommes de terre, une pinte de bière et trois quarts d'once de beurre. Dans le « régime du bouillon » *broth-diet*, le bouillon et la tisane remplacent la viande et la bière, le reste est à peu près de même, avec la mention que les pommes de terre seront écrasées et apprêtées de manière à être d'une digestion plus facile. Le « régime du lait, » *milk-diet*, s'explique de lui-même : le lait en est la base, soit qu'on y ajoute du riz, du sagou, de l'arrow-root ou du pain.

Le zéro de l'échelle, c'est la diète, *low-diet* (littéralement « régime bas »), qui se traduit par la tisane ou l'eau d'orge pour tout régime. Les malades qui y sont soumis ont, quand le médecin l'ordonne, une nourriture exceptionnelle, telle que côtelettes de mouton, bouillon, œufs, pouding, gelée, porter, ale, vin, eau-de-vie, et, n'en déplaise au révérend père Mathieu, du *gin*. Etonnez-vous donc si les pauvres qui, dans leurs jours de maladie, ont une fois goûté du bien-être de Saint-Barthélemy, désirent y revenir encore ! Nous complétons notre liste, que nous avons copiée sur un des jours de décembre 1850. Nous avons dit, au régime plein : 162 malades ; 66 d'entre eux ont des portions extra ; 148 au demi-régime ; 157 au lait ; le reste a des bouillons gras, des potages, du riz au lait, de l'arrow-root et du sagou.

La viande consommée ce jour-là dans l'hôpital par les malades et les infirmières pesait 304 livres ; plus 50 livres de bœuf employées à faire le bouillon, ce qui donne un total de 354 livres. Ajoutez à cela 140 livres de pain ; environ 150 livres de pommes de terre ; 30 livres de beurre ; 50 œufs ; 50 gallons de lait ; je ne sais combien de gallons de bière. Ce n'est pas mal en un jour pour une maison malade ! Vous jugez à quel chiffre monte la note mensuelle du boucher !

Voici quelques données de la consommation d'une année :

24,000 livres de bœuf,
35,200 livres de mouton,
16,760 gallons de lait (mesure de litres 4,54,545),
12,000 œufs.

C'est là le côté lumineux du tableau ; nous allons en voir les ombres en nous rendant à la pharmacie. Rien ne nous empêche même d'ajouter dès à présent un cinquième total aux quatre qui précèdent. Ce total c'est : 1,352 gallons de médecines !

Il y aurait de quoi occuper toute une académie de statistique à calculer le nombre de lèvres blêmes qui ont englouti un pareil océan de purgatifs et de dépuratifs.

Durant le temps que nous avons mis à recueillir les informations qui précèdent, une nouvelle demi-heure s'est écoulée, tous les lits ont été faits, tous les déjeuners pris. Au moment où huit heures sonnent, quelques étudiants retardataires se pressent dans l'église pour y entendre la prière du matin; ils en sortent au bout d'une vingtaine de minutes, et vont rejoindre au réfectoire ceux de leurs camarades qu'a retenus le service matinal de l'hôpital. Après le déjeuner, les futurs docteurs se rendent à neuf heures à leurs cours respectifs et commencent leur journée d'étude par l'anatomie et la physiologie. Pendant ce temps, le pharmacien ou *house-doctor*, comme on l'appelle ordinairement, parcourt les salles de médecine, et les « panseurs » (*dressers*) sont dans les salles de chirurgie occupés à leur service de bandes, d'emplâtres et de cérat, disposant tout pour l'arrivée prochaine de l'état-major médical (1). A côté des lits sont les élèves chargés des observations cliniques (*clinical clerks*); les voilà qui prennent leurs notes et enregistrent les symptômes de la maladie, sa marche croissante ou décroissante, l'action des remèdes, etc. Tous les cas remarquables ont leurs chroniqueurs qui les suivent pas à pas du jour de l'admission à celui de la sortie... ou de la mort, matière encore d'un dernier contrôle.

A dix heures, les étudiants quittent l'amphithéâtre d'anatomie pour celui où la chimie est installée au milieu d'une armée de bouteilles, de cornues, de creusets, d'éprouvettes, enfin de tout le cortége des mille instruments divers qu'elle emploie. Pendant qu'il se déverse là des flots d'éloquence sur l'oxygène, l'hydrogène, le carbone, etc., les infirmières vont au magasin aux provisions cher-

(1) *Note du rédacteur.* — Dans les hôpitaux de Paris, le service des pansements est dévolu aux élèves *externes* que, pour cette raison sans doute, les malades ne manquent jamais d'appeler des « panseurs, » expression en général peu goûtée des étudiants auxquels elle s'applique. — Chez nous, l'externat s'obtient au concours et dure trois ans, pendant lesquels les externes concourent entre eux chaque année pour l'*internat*. Les internes seuls sont logés dans l'hôpital. Leurs fonctions, qui sont de quatre années, ont une importance plus réelle : l'interne est le lieutenant du chef de service. Chaque service médical ou chirurgical emporte un ou plusieurs internes, selon son étendue. Ces degrés hiérarchiques ont à peu près leurs équivalents dans les hôpitaux d'Angleterre, mais le concours en est écarté, et l'étudiant anglais paye pour y arriver.

cher le sagou, la fécule, l'arrow-root et autres bonnes choses ; sur un autre point l'hôpital s'emplit d'une foule nombreuse de malades étrangers à l'établissement qui viennent à cette heure y demander des consultations et des remèdes. C'est le mardi surtout que cette foule est plus compacte, parce que c'est ce jour-là qu'on prend parmi les plus malades pour remplir les lits devenus vacants. Aussi, le mardi, on en voit souvent parmi ces malheureux qui viennent de dix, vingt, trente et même cinquante milles, dans l'espoir d'obtenir un billet d'admission.

Les malades entrent par la colonnade qui donne sur Smithfield. Après la première porte d'entrée s'en trouvent deux autres : l'une pour les femmes, l'autre pour les hommes, conduisant chacune à des salles séparées. Dès onze heures, ces salles sont pleines de gens de tout âge, depuis l'enfant d'un mois atteint de la rougeole ou de la coqueluche, jusqu'à la pauvre vieille septuagénaire courbée sous le poids des ans... qu'elle appelle « des *rhumatistes* que les médecins peuvent guérir. » Il n'y a vraiment qu'à la consultation d'un grand hôpital qu'on puisse voir pareille collection de visages hâves et souffrants, pareil vestiaire de sales haillons, parmi lesquels viennent trancher çà et là les restes en lambeaux d'un luxe évanoui. Dans le nombre, on rencontre sans doute un beau visage, un type intéressant, mais en majorité ces pauvres gens appartiennent à la classe sur laquelle pèsent tout le poids du travail, de rudes habitudes et les mauvaises chances d'une grande cité : aussi leur physionomie, quoique fortement accentuée, n'attire pas le regard sympathique. La foule des malades grossit à mesure que onze heures approchent. Là, sur des rangées de mères, sont assis des rangées d'enfants, les uns avec la rougeole, les autres avec la coqueluche, d'autres avec la gourme ; et puis, en plus grand nombre, des femmes et des enfants à tous les degrés de la phthisie, cette plaie populaire de la Grande-Bretagne. Personne ne parle à son voisin ; chacun attend l'homme qui doit prononcer sur son sort, le DOCTEUR ! A l'un des angles de la pièce sont d'énormes cruches pleines de breuvages divers, puis des emplâtres, des onguents, des solutions de toute sorte ; toute une pharmacie, enfin, préparée et étiquetée. A onze heures, le médecin fait son entrée dans la salle, tenant à la main une poignée d'ordonnances toute préparées. Puis, commençant par un bout, il passe en revue, l'un après l'autre, tous les malades de la consultation ; tâche à laquelle une journée entière ne semblerait pas pouvoir suffire. « Qu'avez-vous ? » telle est la rapide formule de questions, et ces mots sont à peine prononcés que, déjà, l'œil exercé du praticien a scruté la face du patient et que ses doigts ont pris connaissance du pouls.

La réponse du malade dit tout ce que le médecin veut savoir, et, dans l'espace d'une autre seconde, si le cas n'est pas grave, une ordonnance se détache du paquet où elle est classée, suivie de cette injonction : « Prenez cette médecine. Deux doses par jour. Revenez après-demain. » Le malade sort, un second se présente. « Qu'avez-vous ? » Une autre langue se tire, un autre visage est examiné, un autre billet se donne. Un troisième « Qu'avez vous ? » signale une troisième consultation. Ainsi va cette besogne, plus vite qu'il ne nous faut de temps pour l'écrire.

Quand il se présente un cas de chirurgie, on envoie le patient dans la salle voisine, d'où se font entendre, de temps à autre, des cris de douleur qui viennent glacer d'épouvante ceux dont le tour n'est pas encore arrivé. La consultation reçoit par semaine plus de mille personnes. Les maladies ont leurs saisons à Smithfield, comme les fleurs et les fruits ont les leurs au marché de Covent-Garden ; on les y attend avec presque autant de ponctualité. Les deux grandes démarcations principales, c'est que l'hiver accroît, dans une effrayante proportion, les rhumes et les maladies de poitrine, et que l'été amène les dyssenteries et les autres affections d'entrailles.

Pendant le rapide examen de la consultation générale, ceux des malades qui ont besoin d'autre chose que d'une légère ordonnance ou d'une insignifiante opération sont réservés à part pour être examinés plus au long par le médecin ou le chirurgien. Les cas les plus graves reçoivent des lettres et sont renvoyés dans une autre salle, appelée « Salle d'admission. » Une deuxième épreuve décide s'ils seront gardés dans l'hôpital jusqu'à complète guérison.

Entre autres modes abréviatifs de classification employés à Saint-Barthélemy, il en est un fort ingénieux, qui mérite d'être mentionné ici. Les lettres d'admission sont imprimées de différentes couleurs : les unes en jaune, les autres en noir, en vert, en rouge, en brun ou en bleu. Ces six couleurs indiquent à première vue, aux employés de l'établissement, le chef de service auquel le malade est adressé. Quelque simple que paraisse cette méthode, elle n'en a pas moins une très-grande importance pratique. Supposez, par exemple, que les couleurs rouge, bleue et noire, soient celles des cas médicaux, et les couleurs jaune, verte et brune celles des cas chirurgicaux, vous connaissez déjà, d'un coup d'œil, le caractère général de la maladie. Mais il y a plus : le rouge représente un médecin particulier ; ce sera, si vous voulez, le docteur Roupell ; le bleu s'adresse au docteur Burows, tandis que la couleur jaune indique non-seulement un cas de chirurgie, mais le

chirurgien lui-même, M. Lawrence, par exemple ; et le vert va signifier M. Stanley ou M. Lloyd. Avec une douzaine ou une centaine de malades, de pareilles distinctions seraient superflues ; mais il en est tout autrement quand il s'agit de soixante et dix mille sept cent dix individus, chiffre de ceux qui se présentèrent à l'hôpital Saint-Barthélemy en 1849.

Il est midi moins le quart ; la consultation est finie, la foule s'est écoulée : passons à la salle d'admission, ce second relais des malades. Ici, la maladie commence à se montrer sous de plus sérieux aspects. La vieille salle, grande et imposante, a, comme l'autre, des bancs, mais ces bancs sont pourvus de dossiers contre lesquels les malades peuvent s'appuyer. On ne voit plus là de ces regards errants et curieux de tout à l'heure : les malades sérieux n'ont pas de temps à donner à la curiosité. D'un côté sont assises des femmes pâles et affaissées ; de l'autre, des hommes, la tête bandée et les bras en écharpe. Des plaintes étouffées se font entendre dans les rangs de ces espèces de fantômes, qu'on prendrait de loin pour des masses de vêtements inertes, tant il y a sur ces bancs de morne immobilité, tant la pensée semble absente de ces êtres dominés par la souffrance ! Dans le coin le plus rapproché est assise une jeune fille aux joues fraîches comme un bouton de rose, à l'œil brillant comme un œil de houri. Tout d'abord on se demande ce qui peut l'amener là ; mais, hélas ! la vérité se montre bien vite : ces longs doigts maigres avec leurs ongles en amande, et puis cette toux sèche incessante disent assez que la rose n'a plus guère à vivre que ce que vivent les roses. A côté d'elle, voyez cette autre jeune fille dont le corsage trahit les battements désordonnés de son cœur : d'ici vous comptez sans peine chaque palpitation ; approchez et écoutez bien, vous pourrez presque les entendre. Elle aussi, la pauvre enfant, malgré l'incarnat de sa jeunesse insouciante, va bientôt dire à la vie un éternel adieu, et elle n'aura pas, comme sa languissante voisine, le temps de songer aux pensées sérieuses qui préparent à la mort ; car son mal à elle, c'est une maladie de cœur, la plus effrayante, peut-être, de toutes les maladies de notre civilisation moderne, parce qu'elle tue brutalement sans jamais avertir.

Mais voici venir les docteurs et les employés de l'administration : avant qu'ils entrent, jetons un rapide coup d'œil sur le lieu où nous sommes. La salle est vaste, et ses murs épais sont garnis de boiseries massives, où se lisent en grand nombre des textes des Ecritures saintes qui font appel à la religion et à la charité. Sur une des parois de la boiserie est sculptée une vieille figure, représentant un éclopé costumé comme il y a deux ou trois cents ans,

et dans un coin de la salle est un autre infirme aussi en bois sculpté, mais plus grand et recouvert de peinture. Autrefois, quand chaque maison avait son enseigne, cette vieille statue décorait le fronton de l'hôpital qui donne sur Smithfield, pour apprendre à la foule illettrée la nature de l'établissement et probablement aussi pour exciter en faveur de ses hôtes les sentiments charitables des passants. Un des bouts de la salle est converti en un petit appartement distinct, ou grand cabinet, dans lequel, lorsqu'il est nécessaire, les malades subissent un examen particulier. En face de ce cabinet, et appuyés à une vaste cheminée où rôtirait bien un mouton tout entier, sont des compartiments avec des bureaux pour l'administrateur (*almoner*) et les médecins chargés de l'admission des malades. Il est évident que la présence constatée d'un cas grave suffit en tout temps pour donner droit à un lit ; cependant, le patient est encore soumis à une vieille formalité de pétition ; mais, nous le répétons, ce n'est qu'une formalité. Voici le texte de la supplique que le malade est censé remplir et présenter :

AUX HONORABLES

PRÉSIDENT, TRÉSORIER ET ADMINISTRATEURS

DE L'HOPITAL SAINT-BARTHÉLEMY.

L'humble pétition de. . . . . demeurant à. . . . . paroisse de . . . . témoigne que le suppliant est atteint de. . . . . et que sans la charitable assistance de cette maison, il est vraisemblablement menacé de périr. En conséquence, il sollicite humblement son admission dans ledit hôpital pour y être traité.

En marge est une note qui dit : « Ici doit être écrit le nom et l'adresse d'un parent ou d'un ami du pétitionnaire. » — Mais on n'insiste pas sur ce point.

A midi recommence dans tous les services la cérémonie des médecines et des grimaces. C'est à cette même heure que les fameux jours de mardis, le directeur, le médecin et le chirurgien font leur entrée dans la salle d'admission, précédés d'un appariteur et accompagnés ordinairement d'une sœur et d'un commis. Il y a là de quatre-vingts à cent malades qui attendent : les hommes sont en majorité. Le nombre des lits disponibles une fois connu, les docteurs commencent leur inspection. Les noms des malades sont remplis sur les pétitions, selon l'ordre de l'urgence des cas. On

lit ensuite à haute voix les noms de ceux auxquels des lits sont accordés, en commençant par les femmes. Le nombre des admissions varie beaucoup, il est toujours clos par ces mots : « Il ne reste plus de lits vacants. » Les sœurs des services entrent après dans la salle pour faire chacune de son côté l'appel des malades qui lui sont attribués. Sœur Espérance rassemble les patients destinés à la salle de l'Espérance, et les emmène avec elle ; sœur Charité en fait autant pour la salle de la Charité ; ainsi de suite. Ceux qui ne peuvent pas marcher sont placés dans des chaises à porteurs. Avant de conduire les malades à leurs lits respectifs, on leur fait prendre un bain, et la maison fournit des vêtements à ceux qui en ont besoin. Cependant presque tous les malades, comme si c'était chose convenue, se munissent généralement de tout ce qu'il leur faut pour leur séjour à l'hôpital,

En même temps que les « élus » de la salle d'admission viennent prendre place dans l'hôpital, le reste des « appelés » s'écoule lentement par les portes extérieures, emmenés par leurs amis, quelquefois en voiture, le plus souvent à pied. Il y a environ six mille entrées par an à Saint-Barthélemy ; mais quelque immense que soit cet hôpital, il ne suffit jamais aux demandes d'admission.

Vers midi et demi, tout ce triage, tout ce classement de malades est terminé ; et, à cette heure, la première voix qui frappe l'oreille des nouveaux venus est celle des cordons acoustiques, qui, par leurs cent bouches, annoncent dans les coins de l'établissement l'heure du dîner. Alors descendent les infirmières, leurs billets à la main, pour recevoir les portions qui regardent chacune d'elles.

En une demi-heure cinq cents personnes ont pris leur repas, les unes sur leurs lits, les autres sur des tables. Pendant ce temps, la pharmacie est assiégée par une armée de malades étrangers à l'hôpital, qui, après être passés par l'examen des aides médecins et chirurgiens (*assistant-physicians and surgeons*) viennent chercher les médicaments qu'on leur a prescrits.

Ce n'est pas une des moindres curiosités de l'établissement que cette pharmacie et son laboratoire. Après s'être frayé passage à travers la foule des malades, — qui, les hommes d'un côté, les femmes de l'autre, se présentent à tour de rôle au tourniquet destiné à empêcher les encombrements autour du comptoir où se délivrent les remèdes, — on traverse la salle des distributions (*dispensing-room*), et, descendant une marche ou deux, on se trouve dans le laboratoire. Cette pièce est dallée en pierres ; le plafond en est très-élevé. A droite fume une machine à vapeur ; auprès sont de grandes bassines de cuivre, emprisonnées dans des fortifications de briques et coiffées d'immenses couvercles de métal qui

ressemblent à des casques de géants. On fait mouvoir ces couvercles à l'aide de poulies et de mécaniques. M. Woods règne en maître sur ces domaines d'alambics, d'entonnoirs, de creusets et de cornues : c'est lui qui veut bien nous en faire les honneurs. Le voilà qui touche un couvercle, et une vapeur aromatique de salsepareille se répand aussitôt dans la pièce. Nous passons à une autre bassine, et un second couvercle à peine soulevé laisse échapper en couronnes les soporifiques fumées du sirop de pavots. Plus loin, un élève est en train de vider des gallons de mélasse pour les sirops et les électuaires; tandis qu'un de ses collègues s'occupe à défoncer des barriques de pulpe d'églantier qu'il mélange à des monceaux de sucre, première manipulation d'une teinture souveraine et populaire contre la toux. Combien de millions de roses sauvages ont dû fleurir en paix dans les haies et les buissons des vertes campagnes de l'Angleterre, avant qu'une seule de ces cinq barriques rangées devant nous ait pu s'emplir des fruits de l'églantier! Que de beaux jours d'automne il aura fallu pour mûrir toutes ces petites graines rouges! Le Hertfordshire est le comté qui en produit le plus : ce sont des enfants qui font cette récolte.

Mais dans cet antre d'alchimie tous les produits ne sont pas si inoffensifs et si agréables à respirer que l'odeur des baies d'églantier et de la salsepareille. J'aperçois là, dans un coin, des gens qui sont à préparer et à extraire les sucs vénéneux de la jusquiame, de la digitale et de la belladone. Des émanations s'en échappent souvent, et quelque hâte qu'ils mettent à leur travail, ils en souffriront tous plus ou moins avant qu'il soit terminé. Ces genres de préparations affectent toujours la santé, et s'il fallait s'y livrer continuellement nul doute qu'il en coûterait la vie. Heureusement qu'un peu de poison dure longtemps et que demain ou après ils auront à s'occuper de la fabrication moins dangereuse des treize gallons de médecines purgatives que la maison consomme régulièrement deux fois la semaine et quelquefois trois ! Tout autour des murs circulent des tuyaux d'eau chaude et des courants de vapeur au moyen desquels on peut chauffer bassines et chaudières. Le réservoir à la vapeur est en étain massif, et bien qu'il ne contienne qu'un gallon, il y est entré pour 15 *L* de métal (375 francs). A côté de ce réservoir est une presse hydrostatique qui peut fournir un poids de cent tonneaux pour exprimer les plantes jusqu'à la dernière goutte de leurs sucs généreux ; car, dans cette partie de l'établissement, l'économie marche côte à côte avec l'abondance, ainsi que le prouvent clairement les livres de la comptabilité.

A côté du laboratoire est une espèce de magasin plein d'une quantité de médicaments dont la vue seule est capable de rendre

l'énergie à l'estomac le plus paresseux. Les drogues y arrivent à l'état brut, c'est leur première station. Elles passent ensuite par les manipulations du laboratoire et sortent de là pour être délivrées sur les comptoirs de la pharmacie. On a peine à croire l'énorme quantité de produits pharmaceutiques que contiennent les bouteilles et les tiroirs de ce magasin, et le chiffre de dépense auquel donne lieu annuellement le service de la pharmacie. Une seule bouteille d'iodure de potassium, par exemples contient pour 15 *L* de cette substance chimique dont l'emploi est si fréquent. Tel tiroir renferme pour 60 à 70 *L* de quinquina, la consommation d'une année, sans compter la quinine dont on use pour plus de 150 *L*.

Il entre chaque année dans l'hôpital pour 200 ou 300 *L* d'excellent porto. A cette liste de la consommation annuelle on peut ajouter deux mille livres pesant d'huile de ricin, deux cents gallons d'esprit-de-vin à 17 schellings le gallon ; douze tonnes de farine de graine de lin ; mille livres pesant de séné ; dix-sept cents livres de sel, etc., etc.; le total des médicaments d'une année s'élève à plus de 2,600 *L* (65,000 francs).

Mais ce n'est pas tout, il s'emploie 5,000 mètres de calicot en bandages de toute sorte, sans parler de l'étoffe plus solide qui sert au sparadrap. On use par semaine plus de 50 livres pesant de salsepareille, et, rien que pour Saint-Barthélemy, il s'est consommé 29,700 sangsues en une année. On tire cet utile animal de la France, de la Pologne, de l'Afrique et de l'Espagne. La confection des sirops exige par an une tonne et demie de mélasse. Nous avons vu plus haut cinq barriques des baies d'églantier qu'on mêlait à une barrique de sucre pour en faire une préparation destinée à combattre les rhumes; nous avons là-dessus une petite anecdote à raconter. Cette préparation est rouge et ressemble fort à une gelée de fruits, de plus elle est douce et d'une saveur agréable. A mesure que l'hiver arrive et que les rhumes vont leur train, les demandes de cette médication deviennent de plus en plus nombreuses ; on s'y attend et l'on en fait en conséquence ample provision. Mais, une année, la consommation avait dépassé tous les calculs. Comme les mêmes enfants et les mêmes femmes revenaient toujours à la charge, les soupçons s'éveillèrent. On prit des informations et l'on découvrit dans les environs de Smithfield un commerce de tartelettes à *la gelée de fruits*, dont les petits écoliers se faisaient régal ; or, cette fameuse gelée n'était autre chose que l'électuaire favori des habitués de la consultation.

Mais voici bien longtemps que nous sommes avec M. Wood, le pharmacien ; retournons dans les salles. A une heure et demie tous

les dîners sont achevés, et les malades attendent la visite des médecins et des chirurgiens en chef de l'établissement. L'arrivée de ces personnages s'annonce par un grand bruit de pas dans les escaliers ; car le médecin ou le chirurgien n'est pas seulement un chef de service, il est encore professeur, et, à ce titre, il est accompagné dans sa visite par la foule des étudiants qui « suivent les hôpitaux. »

Il est facile de connaître la réputation scientifique d'un homme au nombre de ses élèves. D'une façon ou de l'autre, ce sont toujours les chirurgiens qui sont le plus suivis. Il y a dans la chirurgie et l'anatomie quelque chose de positif, d'exact, qui ne laisse accès ni au doute ni au charlatanisme, et qui séduit les débutants. C'est ce qui fait que la clinique du chirurgien est ordinairement plus fréquentée que celle du médecin son confrère.

Tandis que cette escouade de chirurgiens et d'aspirants chirurgiens va d'un lit à l'autre des salles de chirurgie, examinant, questionnant et prescrivant, la même cérémonie s'exécute par les médecins dans les salles de médecine, car c'est un des avantages d'un hôpital que la classification des malades.

Il est merveilleux de voir la promptitude avec laquelle les vieux praticiens savent diagnostiquer les particularités d'un cas. Pour eux, la taille, la force, la complexion, l'aspect générale, d'un malade, le son de sa voix, l'éclat ou la langueur de ses yeux, en disent autant et plus peut-être qu'un long historique de la maladie. L'homme de l'art examine, fait deux ou trois questions, prend une plume, écrit une douzaine d'hiéroglyphes pharmaceutiques sur une pancarte que l'infirmière lui présente à chaque malade ; puis, suivi de la foule des élèves, il passe au lit voisin, procède de la même manière et continue ainsi jusqu'à la fin. Quand, la visite terminée, médecins et chirurgiens remontent chacun dans leur élégant coupé qui les attend dans la cour carrée de l'hôpital, les étudiants sortent par un des coins du bâtiment pour se rendre au cours d'anatomie de deux heures et demie.

A cette heure du jour il se fait une nouvelle récolte de toutes les fioles et ordonnances, une voix qui arrive par les cordons acoustiques crie le mot : « Pharmacie. » Infirmières et sœurs descendent en hâte à la distribution des médicaments. Dieu sait le nombre de pilules et les doses de breuvages nauséabonds qui se détaillent alors. Quand l'opération est achevée, chaque infirmière remonte à sa salle avec son butin. C'est en ce moment que, pendant les trois jours de la semaine accordés au public, les visiteurs sont admis dans l'hôpital. C'est l'heure des scènes touchantes : des maris viennent voir leurs femmes ; des enfants viennent voir

leurs mères, et, chose plus triste, ce sont encore plus souvent des femmes et des enfants qui viennent voir leurs maris et leurs pères mourants. De combien de drames lugubres ont été témoins les vieux murs de l'hôpital ! Que de remords ont assiégé ces lits de douleur ! Que de pensées poignantes échangées dans ces dernières entrevues des vivants et des moribonds ! Si l'on pouvait entendre les révélations d'un oreiller d'hôpital, que d'histoires on apprendrait ! que de tortures physiques et morales nous seraient dévoilées dans un pareil récit !

Au moment où, à quatre heures, les parents et les amis des malades quittent l'hôpital, les étudiants s'apprêtent, de leur côté, à quitter les livres et les scalpels pour songer au dîner. Les élèves attachés à l'établissement se réunissent à cinq heures dans le réfectoire du collége. Après dîner, quand le temps est beau, on les voit se promener autour de la grande cour carrée. Pendant ce temps, les malades se livrent à l'occupation moins récréative de l'absorption des potions et des pilules. A sept heures commence le cours de chirurgie, tandis que, dans les salles, on distribue la tasse de thé du soir, et que tous les malades qui ont pu se lever dans le jour se remettent au lit. Voici qu'on ferme les portes d'entrée de l'hôpital ; la besogne de la journée tire à sa fin. Sœurs, gardes, aide chirurgien et médecin interne (*house-doctor*), chacun se dispose à se reposer un peu ; mais il faut encore, auparavant, faire dans les salles une dernière visite, pour s'assurer que tout est dans l'ordre.

Sœur Rahere désirerait que M. Paget (le médecin interne) vint voir la blessée de sa salle. En conséquence, M. Paget monte à la salle Rahere. La « blessé, » c'est notre pauvre femme du matin. Elle est évidemment plus mal ; il lui faut une prescription spéciale. Chaque salle a bien sa petite provision de calomel, de laudanum, de vin et de choses usuelles ; mais la potion nécessaire pour l'instant ne s'y trouve pas. On va donc chercher M. Wood ; il vient : la pharmacie, fermée depuis une heure à peine, est rouverte et le médicament livré.

Les salles sont assez tranquilles à présent. Dans les grandes cheminées flambe un beau feu clair. La plupart des malades dorment ; mais quelques-uns, que la souffrance tient éveillés, examinent d'un œil inquiet un lit à côté duquel est le chirurgien avec une infirmière, laquelle a tout l'air de faire la réflexion intérieure qu'il est bien désagréable que les maux de certaines gens viennent conspirer contre le repos des autres. Mais voyez donc comme tout est devenu silencieux, on entend sonner dix heures à Saint-Paul. Cependant, la pauvre victime du bœuf de Smithfield est loin d'aller

mieux, et l'aide chirurgien, qui, depuis huit heures du matin, n'a pris que le temps de déjeuner et de dîner, est d'avis qu'une opération est nécessaire. Or, comme les opérations importantes ne doivent être faites que par le chirurgien en chef, un homme de service monte dans un cabriolet pour aller chercher ce dernier, qui, dans ce moment peut-être, est à une réunion de famille. Mais le médecin ne s'appartient pas; il n'y a pas de soirée, de mariage, de baptême, auxquels il lui soit permis d'assister tranquillement. A onze heures, une voiture de remise (car, à pareille heure, on n'a ni le temps ni le besoin de prendre ses chevaux) entre dans la cour de l'hôpital, amenant le chirurgien en chef. Cinq minutes après, la malade a respiré le chloroforme, la délicate opération a été pratiquée, et la pauvre femme, désormais hors de danger, remercie le chirurgien qui se hâte de remonter en voiture, et son aide qui va enfin pouvoir se mettre au lit.

Pendant la nuit, une infirmière est chargée de veiller l'opérée, et, tandis qu'elle s'acquitte de sa mission, l'horloge de Saint-Paul fait d'heure en heure entendre sa grande voix. *Une* heure, *deux* heures, rien ne remue dans le silence de la nuit; *trois* heures, un léger murmure s'élève de Smithfield; *quatre* heures, le bruit grandit et les roues des voitures font résonner le pavé; *cinq* heures, le timbre de l'horloge semble parler moins haut, c'est que le bruit augmente et que Londres s'éveille; six *heures*! C'est l'heure à laquelle nous sommes entrés hier. L'aiguille a fait le tour du cadran, et, pendant ce temps, nous avons suivi l'emploi d'une journée de la vie qu'on mène à Saint-Barthélemy, d'un bout à l'autre de l'année.

Retournons à Smithfield. Il n'y a pas de bestiaux, ce matin: c'est un autre marché que celui d'hier, et l'odeur agréable de foin nouveau qui arrive vers nous nous remet en mémoire la campagne et sa verte parure : image doublement agréable, après un séjour de vingt-quatre heures dans un hôpital.

O. S. (*Household Words.*)

METEOROLOGIE. — *Observatoire royal de Bruxelles.*

MARS 1851.	Baromètre réduit à 0°, à 9 h. du matin.	Température centigrade de l'air, à 9 h. du m.	Extrêmes de la température centigrade. Maxim.	Minim.	Quantité d'eau recueillie à midi en millim.	VENTS dominants.	ÉTAT DU CIEL OU ASPECT GÉNÉRAL DE LA JOURNÉE.
	mm.	°	°	°	mm.		
1	760,43	2,5	4,5	0,1	0,38	SO.-O.	Variable le matin. — Neigeux et pluvieux le soir.
2	764,37	— 1,1	5,4	— 1,9	2,93	ENE.-NE.	Superbe le matin. — Nuageux le soir.
3	764,82	— 1,0	1,8	— 3,1	»	SO.	Sombre, neigeux; vent piquant.
4	758,91	2,3	5,2	0,6	0,13	SO-ONO.	Gris.
5	754,86	4,1	8,1	2,5	»	SO.-O.	Couvert. — Pluie le soir.
6	745,93	1,8	8,8	0,5	6,75	ONO -O.-NNO.	Sombre, pluie et neige.
7	754,67	3,9	6,0	2,7	2,80	NNO.-NNE.	Nuageux.
8	759,60	2,8	6,0	1,3	»	E.-SE.	Sombre le matin. — Beau le soir.
9	760,45	1,0	6,1	— 1,6	»	SSE.	Superbe.
10	750,63	2,6	5,6	— 0,5	»	S.-SO.	Neige et pluie.
11	752,87	1,8	5,4	0,9	4,71	OSO.-SO.	Sombre, incertain.
12	754,81	4,6	7,2	1,8	1,02	SE.-S.	Nuageux.
13	750,53	4,1	7,4	3,1	1,15	S.-O. SO.	Pluvieux et variable.
14	755,86	5,0	9,8	2,3	1,27	SO.-OSO.	Beau.
15	752,46	5,9	11,3	2,9	0,38	SSE.-OSO.	Beau le matin. — Pluvieux l'après-midi. — Venteux le soir.
16	752,08	5,3	8,4	4,1	1,91	O.	Variable.
17	754,22	4,4	9,0	3,1	0,38	SO.-SE.-O.	Sombre et pluvieux.
18	755,29	5,4	9,2	4,0	7,26	NNE.-SO.	Nuageux le matin. — Pluvieux le soir.
19	751,74	8,7	10,9	5,4	3,18	OSO.-O.-SO.	Nuageux le matin. — Pluvieux le soir.
20	745,60	12,5	14,5	8,8	4,07	SO.	Incertain, pluie.
21	744,51	11,3	14,2	8,4	0,25	SO.-SSO.	Incertain, pluie.
22	742,37	10,3	13,4	6,5	0,89	SSO -S.	Beau le matin. — Pluvieux et venteux le soir.
23	739,02	9,3	14,8	6,6	»	SSO.-SO.	Incertain. — Venteux le jour.
24	747,53	8,2	12,7	4,2	0,51	SO.	Beau le matin. — Pluvieux le soir.
25	753,64	8,8	12,5	6,9	3,82	SO.-SSO.	Nuageux le matin. — Incertain le soir.
26	749,75	12,0	13,2	8,1	1,27	SSO.-OSO.	Pluvieux.
27	750,01	7,8	14,9	4,4	13,24	SO.	Pluvieux. — Tempête le soir.
28	750,61	9,8	12,2	8,6	5,35	OSO.-ONO.	Assez beau.
29	748,95	10,4	13,1	6,3	11,32	SO.-O.	Variable, averses.
30	748,79	8,7	12,3	4,9	4,96	OSO.	Variable, averses.
31	755,78	6,6	9,5	4,3	12,98	O.-NO.	Variable, averses.

REPRODUCTION ET REVUE

DES

JOURNAUX ETRANGERS.

III. Anatomie et Physiologie.

PHYSIOLOGIE.

1. *Études analytiques de physiologie et de pathologie sur l'appareil spléno-hépatique*; par le docteur J.-H.-S. Beau, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Suite : *voir* t. I, janvier p. 1; t. III, mars 1851, p. 18.

(Archives générales de médecine, avril, 1851.)

Partie pathologique.

On doit s'attendre tout naturellement à ce que nous fassions, au sujet de la pathologie de l'appareil spléno-hépatique, un examen historique qui soit, pour ainsi dire, parallèle à celui que nous avons fait de sa physiologie. C'est effectivement ce que nous allons entreprendre, en commençant, comme on doit bien le penser, par Galien.

Une grande partie de la pathologie de Galien repose sur son système physiologique de l'appareil spléno-hépatique. Ainsi, outre les affections propres du foie et de la rate, telles que les obstructions, l'inflammation, les abcès, etc., Galien rattache encore à ces deux viscères la plupart des maladies générales, comme au foyer d'où elles émanent. Cela se conçoit. Puisque le foie est l'organe de la sanguification et que la sanguification entraîne avec elle l'élimination de la bile jaune, qui va dans la vésicule, et de la bile noire, qui est attirée par la rate, on doit trouver dans ces différentes fonctions augmentées, diminuées ou altérées, la cause d'un grand nombre de maladies.

Au reste Galien pose lui-même son principe pathogénique d'une manière nette et aphoristique. Il dit quelque part que les altérations de la sanguification suivent les altérations du foie : « sanguificatio vitiatur, hepate vitiato. » Ainsi, quand le foie est chaud et humide, il produit la pléthore. Quand, au contraire, il est froid et sec, le sang diminue de quantité et les veines se resserrent. Cet organe est-il humide et très-froid, il en résulte des cachexies et des hydropisies. L'atrophie du foie entraîne avec elle l'atrophie de tout le corps. Quand le foie est malade, il se débarrasse de ses humeurs morbides par les selles ou les urines. Galien distingue avec beaucoup de soin et d'importance les maladies qui dépendent de la bile jaune et de la bile noire, soit que ces deux humeurs ne soient pas séparées du sang par le foie, soit qu'elles sortent de leurs réservoirs, et que de là elles infectent l'économie. La bile jaune produit toutes les maladies locales ou générales dans lesquelles il y a un sentiment de brûlure et d'inflammation, comme par exemple l'érisypèle. Au contraire, la bile noire engendre les maladies froides, surtout chroniques comme la mélancolie, la fureur, l'apoplexie, les convulsions, la cécité, le charbon, le cancer, etc. Le *veratrum* ou l'ellébore a la propriété de faire évacuer cette bile noire, et de guérir par conséquent les maladies cérébrales qui en dépendent. De plus l'ictère jaune vient du foie, l'ictère noir de la rate.

Telles sont les idées principales émises par Galien au sujet de l'appareil spléno-hépatique, idées qui sont éparses dans ses nombreux traités et qui dominent toute sa pathologie. Nous aurons bientôt l'occasion d'y revenir, en insistant particulièrement sur quelques-unes d'entre elles. C'est pour cela, et dans le but d'abréger, que j'ai omis de les appuyer d'une citation textuelle.

Cette doctrine se retrouve en tout ou en partie dans la plupart des auteurs qui ont suivi Galien. En effet, depuis cet auteur jusqu'au milieu du XVIIe siècle, il n'est guère possible d'ouvrir un traité de médecine dans lequel il ne soit pas fait mention de l'importance radicale du foie en pathologie, des maladies qui dépendent de ses différentes altérations, de l'influence délétère de la bile jaune et de la bile noire. Ainsi Riolan, dans l'article de son *Anthropographie* où il est question du foie, signale-t il l'étude de ce viscère comme très-importante pour le médecin : « Sic medici in eo viscere quod vitæ et nutricatus fundamentum est, diligenter occupari debent (Antropographia, de « Hepate, » p. 198 ; Paris, 1626).

J'ai dit que la pathogénie hépatique de Galien régna dans la science jusqu'au milieu du XVIIe siècle. On doit tout naturelle-

ment penser que le réservoir de Pecquet ayant été découvert à cette époque, et que cette découverte ayant renversé la théorie physiologique de Galien sur l'ématose du foie, on conçoit, dis-je, que les corollaires pathogéniques de cette théorie aient dû nécessairement être ruinés du même coup.

Il est curieux de considérer que la découverte d'un organe aussi petit que le réservoir de Pecquet ait pu produire un si grand bouleversement dans la physiologie et dans la pathologie. Quelques médecins, en voyant l'important réservoir, abjurèrent leurs vieilles croyances, tandis que d'autres continuèrent à défendre les bases traditionnelles de la médecine galénique.

On trouve à ce sujet une relation intéressante dans un auteur de cette époque, Binninger, médecin à Montbéliard. Il nous apprend que Pecquet étant venu à Montpellier, à la fin de l'année 1651, et ayant été invité à faire la démonstration de son réservoir devant cinq professeurs, parmi lesquels était le célèbre Rivière, il eut lui, Binninger, simple étudiant alors, la faveur insigne d'assister à cette conférence, qui eut lieu le 3 janvier 1652. Après avoir décrit assez au long la manière dont Pecquet s'y prit pour montrer, sur deux chiens, le chyle traversant le réservoir, le canal thoracique, et se rendant dans la veine sous-clavière. Binninger rapporte qu'un des cinq professeurs dit à Pecquet : « Si les choses se passent sur l'homme comme nous venons de le voir, que va-t-il advenir de notre médecine ? » A quoi Rivière répondit : « Les médecins sont des philosophes qui ont des sens, ce qu'ils voient ils le croient. « Amicus Plato, « amicus Galenus, sed magis amica veritas. » Nous ne pouvons nier la vérité de ce que nous voyons avec nos propres yeux, etc. » Cela dit, les cinq professeurs se retirèrent dans l'étonnement, après avoir salué Pecquet, qu'ils reçurent bientôt docteur avec tous les éloges dus à son mérite éminent.

Cette réflexion du professeur de Montpellier : *Que va-t-il advenir de notre médecine* ? devait se présenter à l'esprit de tous ceux qui constataient ou qui admettaient que le chyle, se rendait dans la veine sous-clavière sans passer par le foie. Bartholin eut le premier l'idée de traiter cette question dans ses principaux points. C'est ainsi qu'après avoir publié l'écrit qui renfermait les funérailles et l'épitaphe du foie, il fit soutenir la même année, à Copenhague, une thèse dans laquelle, entre autres choses, il se demande si la mort du foie doit apporter des changements dans la médecine. « Dubia de lactes thoracicis et an « hepatis funus immutet medenti methodum ? » Hafniæ, 1653.

Bartholin examine d'abord les signes des maladies du foie

tirés, d'après Galien, des excréments devenus sanguinolents, de l'urine et du changement de la couleur de la peau ; caractères dont il met en doute la valeur précise et traditionnelle, comme accusant plutôt une affection des terminaisons artérielles du mésentère, du rein et de la peau, que du foie. Il passe à la cause prétendue hépatique d'un grand nombre de maladies, telles que les fièvres, les hydropisies, les cachexies, les atrophies, etc., dont il place l'origine dans le cœur, et non dans le foie. Enfin, arrivé à la thérapeutique, il veut que l'on continue d'employer contre les affections du foie les moyens consacrés par l'expérience. Il faut toujours chercher à *dissiper les obstructions, ramollir les squirrhes, calmer les inflammations, corriger la trop grande chaleur du foie et la rappeler à son degré normal* (p. 40), non parce que la sanguification se fait dans le foie, mais parce que le sang qui se rend au foie le traverse alors avec plus de difficulté, et ne fournit plus la partie séreuse qui doit revenir par les lymphatiques. Enfin Bartholin termine sa dissertation par les propositions suivantes, qui en sont le résumé : 1° « Methodum « antiquam receptamque medendi non immutari sed illustrari ; « 2° causas morborum novis his inventis veriores clarioresque « evadere ; 3° ab hepatis obstructionibus alüsque affectibus, « quamquam non sanguificet, sanguinis vitia dependere ; 4° nihi « sanguinis ex hepate ad mesenterium derivari ex circulationis « principiis, nec ullum chylum ad hepar pervenire, ex observatio- « nibus vasorum nostrorum lymphaticorum ; 5° veterum aucto- « ritatem experientiæ certissimæ nunquam esse prœponendam ; « 6° corin omnium affectuum curatione habendam quoque esse « rationem. »

Riolan ne manqua pas de répondre à cette attaque contre la médecine de Galien ; mais Bartholin lui fit bientôt après une réplique dans laquelle il maintint toutes les propositions du précédent examen.

Comme on le voit, Bartholin, dans cet examen des phénomènes pathologiqnes qu'il veut enlever à l'organe hépatique, fait intervenir fort heureusement la circulation harvéienne, et il substitue habilement le cœur au foie. Du reste, il faut le reconnaître, la découverte de la circulation, faite depuis peu, vint s'ajouter puissamment à celle du réservoir de Pecquet, pour renverser la théorie hépatique de Galien ; car, comme je l'ai déjà dit, l'hématose avait été enlevée au foie et placée dans le poumon.

Il y eut donc un certain lien de solidarité entre la découverte d'Harvey et celle de Pecquet pour lutter avec succès contre la tradition galénique. Et comme cela arrive ordinairement, quand

il s'agit de grandes vérités scientifiques, la discussion sortit du monde médical et vint passionner le public, qui entra en violente réaction contre les idées de l'ancienne médecine. Celles-ci même furent traînées sur le théâtre et livrées à la risée générale.

On substitua donc les découvertes du XVIIe siècle à la théorie de Galien sur l'organe hépatique, et l'on crut par là mieux comprendre les phénomènes de la vie et les causes des maladies. Parmi ces dernières, il en est une surtout dont la pathogénie parut toute simple et toute naturelle, au point de vue des idées nouvelles; je veux parler de l'hydropisie. Galien en expliquait, comme l'on sait, la production par une disposition froide et humide du foie. On crut en trouver la cause dans la rupture des vaisseaux lymphatiques et l'épanchement de la lymphe. Lower cependant combattit cette manière de voir, comme étant purement imaginaire. Il démontra, le premier, que l'obstruction des veines pouvait produire l'hydropisie, et cela à l'aide d'une expérience décisive, la ligature des troncs veineux. Aussi, cent ans plus tard, Van Swieten, commentant le fait expérimental de Lower, remarque-t-il que les anciens avaient quelque raison de regarder le foie malade comme la cause de toutes les hydropysies, puisque cet organe, quand il est altéré, doit nécessairement entraver la circulation veineuse soit de la veine cave, qui le traverse, soit de la veine porte, qui s'épuise dans son parenchyme. « Nec mirum est veteres hepar male affectum accusasse « tanquam omnis hydropis causam, cum toties male affectum « hoc viscus in hydropicorum cadaveribus inveniatur, cava as- « cendens per hepar transeat, et vena portarum per totam « hujus visceris substantiam distribuatur. » (Van Swieten, *Commentaria*, t. IV, p. 165; Paris, 1775). Si donc jamais cause de maladie fut bien démontrée, ce fut, sans aucun doute, l'obstruction des veines dans la production de l'hydropysie. Eh bien! elle fut peu à peu mise de côté; et elle était si bien oubliée au commencement de ce siècle, que M. Bouillaud, faisant une seconde fois la découverte de Lower, apprit aux médecins étonnés que des hydrodisies dépendaient de l'imperméabilité des troncs veineux.

Mais il nous faut revenir encore à la fameuse discussion du XVIIe siècle, pour montrer qu'immédiatement après qu'elle fut terminée, il surgit une école médicale puissante qui chercha à faire revivre de nouveau les idées de Galien sur l'absorption des aliments par la veine porte; je veux parler de l'école de Stahl.

On sait que cet illustre pathologiste avait fondé une partie de

son système sur les fonctions et les affections de la veine porte, qui, pour Stalh, était le foyer d'un grand nombre de maladies. Il avait développé cette idée dans une dissertation qui est souvent citée, autant à cause de son importance doctrinale que de la singularité de son titre : « de Vena portæ, porta malorum hy« pochondriaco-splenitico-suffocativo-hysterico-colico-hæmor« rhoidariorum ; » Halle, 1698 (Haller, *Disputationes anatomicæ*, t. III, p. 131).

Cette dissertation, qui est une monographie curieuse des affections de la veine porte, comprend une introduction, puis des parties anatomique, physiologique, pathologique et thérapeutique. Je vais en indiquer les points les plus saillants.

Dans la partie physiologique, Stahl parle de la découverte des vaisseaux lactés, qui ont fait perdre de vue les fonctions de la veine porte, et il rappelle la controverse qui a eu lieu à ce sujet, en mentionnant surtout le Hollandais de Bils, qui y joua un rôle assez important : « At vero recentiores sub primum tumultum, « et altercationes circa vasa lactea et circulationem sanguinis « deprehensam, excludere venam portæ, et propagies ejus mesa« raicas ab omni commercio chyli, ejusque transmissione; sata« gebant. Unde Bilsianæ, illæ, et anti-Bilsianæ demonstrationes, « quas vel allegare nedum recensere, longum sit (146). » Stahl prend une opinion mixte, et regarde l'absorption des matières chyleuses comme se faisant tout à la fois par les vaisseaux lactés et la veine porte. « Interim, ubi primus impetus resedit et res« pirare a partium studio, licuit curiosis, per varia experimenta « satis deprehensum esse apparet, quod utique per venas mesa« raicas, haud multo minus chyli imbibatur et cum sanguine « ad hepar feratur, quam per ipsas ita dictas lacteas venas (147). »

Dans la partie pathologique, Stahl expose les altérations de la veine porte. Il en distingue quatre principales : 1° les lésions de capacité de la veine ; 2° les lésions de consistance du sang, dépendant elles-mêmes de différentes causes, et surtout de l'introduction dans la veine porte des *ingesta*, quand ils sont, pour me servir des expressions de Stahl, *acida*, *fœculenta*, et *mucidocrassa* (p. 161) ; 3° des lésions passives de mouvement du sang ; 4° les lésions actives de mouvement des organes annexés à la veine porte (p. 155). Stahl trouve dans ces différentes lésions les causes de l'hypochondrie, de la suffocation hystérique, des engorgements de la rate, des coliques hémorrhoïdales, de l'hématémèse, de l'ascite, de l'ictère, etc. En somme, comme le titre

de sa dissertation l'indique, la veine porte est pour Stahl la porte d'un grand nombre de maladies.

Comme on le voit, Stahl n'a mis à contribution la théorie de Galien, que pour expliquer l'épaississement du sang de la veine porte, produit par l'introduction dans cette veine de certains *ingesta*. Cet épaississement est certainement possible ; mais est-il bien démontré? Stahl ne pousse pas ses recherches plus avant. Il ne se demande pas s'il n'y a pas dans le foie certaines affections qui soient plus réellement dépendantes des *ingesta*, que l'épaississement du sang de la veine porte. Quant aux altérations de la sanguification hépatique, il n'en est fait aucune mention.

Ce reste du système de Galien disparut peu à peu avec le stahlianisme, surtout quand Hunter eut proclamé que les vaisseaux lymphatiques étaient les agents exclusifs de l'absorption alimentaire.

Pour terminer cette revue historique, et pour montrer quel était, au commencement de ce siècle, l'état des esprits sur le sujet qui nous occupe, je citerai un passage tiré de l'introduction de l'ouvrage, longtemps classique, de Portal, sur les maladies du foie. « Ils (les anciens) avaient imaginé que le foie était l'*organe de la sanguification*, *la source de la chaleur animale*, *le siége des facultés naturelles*, etc. etc.; et par une conséquence de leur mauvaise théorie, ils se faisaient de très-fausses idées sur la nature des maladies de cet organe, et souvent sur leur traitement. »

Maintenant que, contre l'opinion de Portal, nous sommes revenus aux idées physiologiques des anciens, sauf les modifications indiquées dans la première partie de ce mémoire, il faut absolument que la pathologie soit en harmonie avec elles. C'est ce rapport que nous allons chercher à établir, en prenant bien entendu pour guide l'observation des malades.

La première question à poser est celle de savoir si les substances ingérées, qui sont absorbées par les radicules de la veine porte, et qui pénètrent par cette veine jusqu'au foie, ne peuvent pas, dans certains cas où elles sont d'une nature irritante, déterminer directement, par leur contact, des affections dans les organes qu'elles traversent. On verra plus loin que les faits autorisent a résoudre cette question par l'affirmative. La théorie, du reste, indique d'avance la possibilité de ces affections. Elle va même plus loin. Elle porte à se demander comment il se fait que des substances extrêmement irritantes, telles que l'alcool, certains assaisonnements, etc., dont un grand nombre d'individus font usage, puissent traverser la veine porte et le foie sans

exercer habituellement une influence fâcheuse sur ces organes délicats et irritables ?

A cela il faut répondre que la veine porte et le foie, devant subir le contact des substances charriées dans le sang noir spécial qui traverse ces organes, ont été doués d'une certaine résistance physiologique à l'action irritante de ces substances. Les parois de la veine porte sont beaucoup moins irritables que celles des parois du système veineux général. Sous le rapport de l'irritabilité, la veine porte diffère des veines caves, comme la membrane muqueuse des voies alimentaires diffère de la membrane muqueuse des voies respiratoires ou génito-urinaires. Or, on sait que certaines substances qui produisent une faible impression sur les parois de la bouche, du pharynx et de l'œsophage, détermineraient une vive irritation, si on les faisait pénétrer dans le canal de l'urèthre ou dans les fosses nasales.

Eh bien, cette force de résistance de la veine porte et du foie peut être détruite sous l'influence de causes diverses. Et alors, des substances, qui jusque-là n'avaient produit aucune fâcheuse influence sur le foie, affectent ce viscère, et peuvent même, à la longue, l'altérer d'une manière profonde.

Parmi ces causes qui disposent ainsi le foie à s'affecter sous l'influence de certains *ingesta*, on cite habituellement l'état sédentaire, les chagrins prolongés, les veilles, les travaux de cabinet, les soucis, et surtout l habitation de certains climats chauds, tels que ceux de l'Inde, de l'Afrique, et de l'Amérique.

Il est assez difficile de dire comment ces causes agissent pour donner au foie une prédisposition pathogénique. Elles peuvent produire ce résultat de deux manières : ou en enlevant au foie sa force de résistance physiologique, comme nous l'avons déjà dit ; ou encore en diminuant la faculté assimilante du sang porto-splénique, de telle sorte, que les substances absorbées, n'étant pas suffisamment modifiées et assimilées dans le sang qui les transporte, arrivent au foie sans avoir rien perdu de leur nature, qui peut être très-irritante.

Nous aurions à étudier l'influence des *ingesta* et sur la veine porte et sur le foie. Mais les affections de la veine porte étant mal connues, même depuis la célèbre thèse de Stahl, nous n'avons rien pour le moment à ajouter au peu que nous savons sur elles. C'est un sujet de recherches intéressantes, sur lequel il y a tout à faire, et que nous signalons à l'attention des observateurs. Nous allons donc nous occuper uniquement du foie, en commençant par les coliques hépatiques.

Coliques hépatiques. Les coliques hépatiques sont des douleurs

plus ou moins violentes, passagères et intermittentes, qui ont leur siége dans le foie.

Habituellement elles sont précédées, longtemps avant leur apparition, d'une sensation fugace de poids, de gêne, et de malaise dans la région hypochondriaque droite. Habituellement aussi, ces phénomènes prodromiques coïncident avec une hypertrophie légère du foie, qui déborde d'une manière sensible les fausses côtes, et ils s'accompagnent de constipation.

La douleur de la colique hépatique a la même forme que celle du *point de côté* que l'on éprouve dans l'hypochondre droit, quand on fait une course, immédiatement après avoir mangé; seulement elle acquiert fréquemment une intensité considérable. Il semble au patient que son foie est serré dans un étau. Il témoigne sa douleur par des soupirs, des plaintes, et même des cris; sa face est pâle, altérée. Il s'agite, change continuellement de position, dans le but d'alléger ses souffrances.

Cette douleur augmente considérablement par la pression; il suffit souvent d'appliquer les doigts sur la portion du foie qui déborde, ou même sur les côtes qui recouvrent le foie, pour que ce simple contact soit insupportable au malade.

La douleur peut être uniformément répandue dans tout le foie; d'autre fois elle a des siéges circonscrits de plus grande intensité. C'est ainsi que les malades l'accusent dans trois endroits différents : 1° le plus souvent à l'épigastre; 2° à la partie moyenne de l'hypochondre droit; 3° à la partie postérieure des trois ou quatre dernières côtes. Mais, dans les cas où elle est prédominante aux endroits que je viens d'indiquer, elle affecte néanmoins, dans toute son étendue, l'organe hépatique, ce dont il est facile de s'assurer à l'aide de la pression, et surtout de la percussion.

Avec la douleur, il y a un autre symptôme important, sur lequel l'attention des observateurs ne s'est pas suffisamment fixée; je veux dire le gonflement du foie. Il est facile à apprécier, à l'aide de la palpation, sur toute la portion de foie qui déborde. C'est dans ce point seulement qu'il a été observé pour la première fois par Tacconi, et ensuite par Pujol, Sœmmering, etc... Mais on le constate aussi dans tout l'organe hépatique, au moyen de la percussion comparative faite pendant et après la colique.

Ce gonflement est encore perçu par le malade, qui a la sensation comme d'une masse énorme qui remplit son hypochondre.

Il résulte du gonflement et de la douleur du foie, que le diaphragme est singulièrement gêné dans ses mouvements d'abaissement. De là cette dyspnée particulière à la colique hépatique;

dyspnée qui est caractérisée par des inspirations brèves, nombreuses, entrecoupées.

Tous les auteurs ont noté, comme symptôme habituel de la colique hépatique, des vomissements de matières bilieuses ; ils ont également observé que le pouls n'a rien de fébrile, même pendant les plus grandes douleurs.

Tels sont donc les symptômes principaux de la colique hépatique : la douleur et le gonflement du foie, la dyspnée, les vomissements bilieux, le pouls non fébrile.

Le début de la colique est presque toujours annoncé par une sensation, de gêne, de gonflement, et d'embarras dans l'hypochondre droit. La durée de ce prodrome peut être de quelques minutes, de quelques heures, et même d'un ou deux jours. Il suffit alors de quelques secondes pour que la sensation d'embarras augmente et passe à l'état de douleur. C'est alors que la colique commence.

La durée de la colique proprement dite est d'une demi-heure au moins, et au plus de deux ou trois jours, pendant lesquels il peut y avoir plusieurs exacerbations.

La cessation de l'attaque est tout à fait en rapport avec son début, c'est-à-dire que si les prodromes ont duré deux ou trois jours, il y aura encore du malaise et du gonflement dans l'hypochondre, deux ou trois jours après que la douleur proprement dite a cessé ; si, au contraire, le début a eu lieu brusquement et d'une manière, pour ainsi dire instantanée, il en sera de même de la cessation de la colique.

La douleur qui marque la colique hépatique ne diminue pas insensiblement. Elle disparaît tout à coup en quatre ou cinq secondes, dans le moment où elle est le plus considérable, et où le malade se croit condamné à la subir encore longtemps. Le patient fait alors deux ou trois profondes inspirations pour se soulager au plus vite de la gêne qu'il avait à respirer. A dater de ce moment, tous les symptômes ont cessé. On peut palper et percuter le foie, qui ne conserve plus qu'un sentiment léger de meurtrissure et de démangeaison.

Un symptôme très-apparent qui arrive après la cessation de l'attaque, ou avant la fin de l'attaque quand celle-ci a été longue, c'est l'ictère. L'ictère dure en général autant de temps que la colique qui l'a provoqué ; mais il n'existe pas toujours, même quand la colique a été violente. Il peut manquer dans la colique hépatique, comme il manque quelquefois, et sans qu'on sache pourquoi, dans les cyrrhoses les mieux caractérisées.

Quant à la nature de la colique hépatique, on doit la chercher

dans la considération de la douleur qui est vive, considérable, intermittente, sans fièvre, brusque dans son apparition et dans sa cessation ; qui, en un mot, a tous les caractères des névralgies viscérales. La colique hépatique est donc une hépatalgie. Reste à savoir si cette hépatalgie est idiopathique ou symptomatique ; c'est ce dont nous nous occuperons plus loin.

On peut très-bien accorder avec le caractère névralgique de la colique le gonflement du foie, qui coïncide toujours avec la douleur, et qui est en rapport d'intensité avec elle. Le gonflement résulte de la fluxion sanguine excitée par la douleur elle-même : *ubi dolor, ibi fluxus*. On sait que dans les névralgies de la branche ophthalmique, l'œil est injecté et rouge pendant l'accès névralgique, comme dans une ophthalmie. Eh bien, il en est de même du foie affecté de névralgie. La fluxion est ici d'autant plus facile et intense, que le tissu du foie abonde en vaisseaux sanguins. Aussi va-t-elle jusqu'à augmenter le volume de l'organe hépatique ; en un mot, à produire du gonflement.

L'hépatalgie est souvent confondue avec d'autres affections douloureuses, tant que l'ictère n'apparaît pas. La méprise est d'autant plus facile que la douleur hépatique, peut, comme nous l'avons dit, avoir un siége de plus grande intensité, à l'épigastre, à la partie moyenne de l'hypochondre, ou au niveau du tiers postérieur des côtes inférieures ; et dans ces trois endroits, la douleur hépatique peut être prise pour une douleur de gastralgie, de colique intestinale, ou de colique néphrétique.

La percussion empêchera toute erreur à ce sujet, même avant la manifestation de l'ictère, et montrera que l'affection est uniquement localisée dans le foie, en permettant de constater : 1° que le foie tout entier est augmenté de volume ; 2° que *toute* la matité circonscrite par le volume du foie, en avant, en arrière, et sur le côté, est extrêmement douloureuse à la percussion, quel que soit le lieu circonscrit où la douleur spontanée est le plus vivement sentie. Passons maintenant aux causes de l'hépatalgie.

Pour le plus grand nombre des médecins, la colique hépatique est causée uniquement par un calcul biliaire qui, obstruant momentanément le conduit cholédoque, produit une rétention passagère et douloureuse de la bile dans le foie et dans la vésicule biliaire ; de telle sorte que les mots colique hépatique ou colique calculeuse sont parfaitement synonymes.

Ce qui a porté à comprendre ainsi la cause de toutes les coliques hépatiques, c'est une série de raisons que nous allons exposer.

1° C'est parce qu'on a souvent l'occasion de constater la pré-

sence de calculs plus ou moins nombreux dans la vésicule biliaire, sur des sujets morts de différentes maladies.

Cette première raison n'est pas valable, bien que le fait de la fréquence des calculs biliaires soit vrai. Ainsi je dirai qu'à l'infirmerie de la Salpêtrière, on fait peu d'autopsies de vieilles femmes, sans rencontrer un plus ou moins grand nombre de calculs dans la vésicule; et pourtant les coliques hépatiques sont extrêmement rares à la Salpêtrière. Je n'en ai pas observé une seule pendant quatre années que j'y ai passées, soit comme élève, soit comme chef de service.

2° Il a paru très-naturel d'expliquer le brusque début de la colique et sa brusque cessation par un calcul qui venait instantanément obstruer le canal cholédoque, et qui aussi cessait instantanément d'arrêter le cours de la bile.

Mais est-il nécessaire de rappeler que certaines névralgies, comme par exemple, les angines de poitrine, commencent et finissent brusquement, sans qu'il soit nécessaire pour cela de faire intervenir un déplacement mécanique.

3° Le gonflement de la portion du foie qui déborde, noté par Tacconi, Pujol, etc., a été considéré encore comme le résultat de la distension mécanique de la vésicule et des voies biliaires dilatées par la bile que l'obstruction calculeuse empêche de couler dans l'intestin. « Ce gonflement, dit Sœmmering, disparaît après l'évacuation des concrétions. »

Comme nous le savons, le gonflement n'est pas limité seulement à la portion de foie qui déborde, mais il affecte toute la masse de l'organe hépatique; ce dont il est facile de s'assurer à l'aide de la percussion. Par conséquent il dépend non pas de la distension de la vésicule, mais d'une fluxion sanguine qui affecte tout le foie, et qui disparaît avec la douleur, quand la colique a cessé.

4° L'analogie tirée de la colique néphrétique calculeuse a servi puissamment à faire admettre que la colique du foie dépendait aussi d'un calcul.

Il y a pourtant, dans les symptômes de ces deux affections, des différences qui ne permettent pas de comprendre leur cause de la même manière. Ainsi, tant que dure la colique néphrétique, l'urine est supprimée : ce qui est tout naturel, puisqu'il y a obstruction des voies urinaires par un gravier. Au contraire, dans la colique hépatique, et pendant que les symptômes sont le plus marqués, il y a fréquemment des vomissements bilieux. D'où vient cette bile, si réellement le conduit cholédoque est obstrué par un calcul? Mais continuons. Quand la colique né-

phrétique est passée, le malade rend avec ses urines le gravier qui avait causé l'obstruction urinaire et la douleur néphrétique. Dans la colique hépatique, il n'y a rien de rare comme le rejet d'un calcul après la cessation de la douleur. Un clinicien, d'une vaste expérience, M. Chomel, soutient avec beaucoup de raison que c'est tout au plus si on observe ce résultat une fois sur trente ou quarante cas de colique hépatique.

Il faut conclure, de tout ce qui précède, qu'on n'a pas été suffisamment fondé à considérer toute colique hépatique comme étant nécessairement d'origine calculeuse. On ne doit certes pas nier les hépatalgies produites par un calcul, mais elles sont peu ordinaires. On finira par reconnaître que, dans la grande majorité des cas, les névralgies du foie reconnaissent d'autres causes que l'obstruction calculeuse.

Mais quelles sont les causes de l'hépatalgie autres que la présence d'un calcul dans les voies biliaires?

On peut dire, *a priori*, que ce sont toutes les causes des névralgies viscérales. C'est dans ce sens qu'il faut faire des recherches pour éclairer l'étiologie de la colique hépatique ; et je ne doute pas qu'on n'observe des hépatalgies syphilitiques, goutteuses et rhumatismales ; j'en ai déjà rencontré une de cette dernière espèce. Ce sujet, qui était sujet à des affections rhumatismales, était infailliblement affecté de colique hépatique, parfaitement caractérisée, toutes les fois qu'il n'avait pas soin de se vêtir chaudement, surtout à l'époque des premiers froids ; et pendant tout le temps que duraient les douleurs aiguës ou sourdes du foie, il était exempt de toute autre affection rhumatismale.

Il est une cause d'hépatalgie sur laquelle je dois insister particulièrement, comme se rattachant d'une manière intime au sujet de ce mémoire. C'est la cause qui réside dans certains *ingesta* absorbés par la veine porte, et transportés jusqu'au foie, dont ils excitent directement la névralgie. J'ai eu l'occasion, depuis quatre ou cinq ans, d'observer quelques faits de colique hépatique due à ce genre de cause. Je vais immédiatement les rapporter d'une manière succinte, et seulement dans leurs détails les plus importants.

1° M. X..., affecté depuis plusieurs années d'une hypertrophie du foie avec saillie de ce viscère au-dessous des fausses côtes droites, était sujet en même temps à une sensation pénible de poids, d'embarras et de gonflement dans l'hypochondre droit ; laquelle sensation survenait habituellement après le repas, et durait trois ou quatre heures. Dans le courant de février 1846,

il y eut aggravation progressive de ce symptôme ; il s'y joignit de la constipation.

Le 22 du même mois, M. X.... mangeait entre autres choses à son déjeuner des pommes cuites assez acides, lorsque quelques minutes après l'ingestion de ce fruit, il éprouva tout à coup un sentiment d'ardeur brûlante, qui de l'épigastre se répandit dans tout l'hypochondre droit ; il fut suivi immédiatement d'une tension douloureuse dans la partie du foie qui débordait les côtes. Cette tension ne dura que vingt minutes environ, et à sa place, il resta la sensation de gêne et d'embarras qui était pour ainsi dire continuelle depuis un mois.

Le soir, M. X... dîna en ville et se mit à table avec assez d'appétit. Sur son potage, il but deux doigts de vin de Madère, mais quatre ou cinq minutes après, il éprouva de nouveau, comme le matin, une sensation brûlante qui se porta de l'épigastre dans tout l'hypochondre droit, où elle fut suivie d'une tension douloureuse considérable, avec difficulté de la respiration. M. X... fut obligé de quitter la table. Il sortit et essaya de marcher à grands pas pour dissiper la douleur vive qu'il éprouvait dans l'hypochondre droit. Effectivement, au bout d'une heure et demie, elle devint plus supportable. M. X... revint chez lui, se coucha à dix heures, et se disposa à prendre une bouteille d'eau de Pullna, pour combattre sa constipation, qu'il regardait comme cause des accidents. Mais quelques minutes après avoir avalé le premier verre, le foie fut de nouveau le siége d'une tension douloureuse considérable, plus intense que jamais. La respiration est anxieuse, entrecoupée, suspirieuse. Le malade change à chaque instant de place ; il vomit d'abord son verre d'eau de Pullna, et puis après de la bile jaune. La douleur est si violente sur l'hypochondre droit, que la plus légère pression y est insupportable, non pas seulement sur la portion du foie qui déborde, mais encore sur la paroi costale qui recouvre ce viscère. La percussion démontre que tout le foie est augmenté de volume ; il n'y a ni soif ni fréquence de pouls.

Ces symptômes durent ainsi toute la nuit, toute la journée du 23, et diminuent seulement le 24. A partir du 23 au soir, il s'est manifesté de l'ictère, qui a augmenté jusqu'au 25. Le malade n'a pas fait autre chose que de boire de la solution de sirop d'orgeat et s'appliquer des cataplasmes sur l'hypochondre.

Le 25, le malade peut se lever ; il lui reste toujours de la douleur et du gonflement dans l'hypochondre, mais beaucoup moindres qu'auparavant. L'amélioration va tous les jours en augmentant, l'ictère se dissipe aussi ; mais M. X... observe que

chaque fois qu'il prend ou du vin pur, ou des condiments acides, il éprouve une aggravation de douleur sourde dans le foie, laquelle dure pendant tout le temps de la digestion. Une fois entre autres, après avoir mangé des radis qui avaient une saveur forte, il eût une douleur violente de l'hypochondre, avec gonflement et dyspnée, une véritable colique, en un mot, qui dura trois heures, et cessa subitement en quelques secondes.

Deux ans après, d'autres coliques surviennent sous l'influence évidente des *ingesta*. En mai 1848, il y a de nouveau dans le foie de la gêne et de l'embarras à chaque digestion. Malgré cet avertissement, M. X... mange, un jour à dîner, de la salade un peu vinaigrée; il se lève de table avec une sensation d'embarras beaucoup plus grande que les jours passés; cette sensation augmente peu à peu, puis tout à coup, dans la nuit, elle se change en colique proprement dite, avec douleur, gonflement, dyspnée, plaintes, etc., laquelle colique dure jusqu'au matin et cesse tout à coup à sept heures. M. X... se lève comme à l'ordinaire, se livre à ses occupations ordinaires, n'ayant plus dans l'hypochondre qu'un reste insignifiant de douleur. Dans l'après-midi, il prend un verre d'eau de Vichy naturelle (source de l'hôpital), d'après un conseil qui lui a été donné. Mais voilà que quelques minutes après cette ingestion, la douleur, le gonflement, etc., reparaissent tout aussi intenses que la nuit, durant trois heures, et cessent subitement en quelques secondes. Après ce second accès, les urines sont fortement colorées en jaune et épaisses. Le lendemain matin, il se manifeste un ictère léger qui se dissipe dans la soirée.

Il y a eu la même année d'autres accès survenant toujours sous l'influence des *ingesta*. M. X... se décida enfin à aller à Vichy. Les eaux ont été bien supportées et ont diminué de beaucoup cette fâcheuse susceptibilité du foie; il faut ajouter qu'après ces accès nombreux, très-différents d'intensité, jamais aucun calcul biliaire n'a été rejeté.

2° Au mois d'avril 1846, il vint dans mon service de l'Hôtel-Dieu annexe où j'étais alors, une femme de 26 ans, qui nous dit être malade d'*hépatite;* elle avait appris ce terme de médecine dans un autre hôpital de Paris, où elle était restée plusieurs semaines, avant d'entrer dans celui de l'Hôtel-Dieu annexe.

Effectivement cette femme nous fit remarquer elle-même son foie, qui débordait de 4 à 5 centimètres les fausses côtes droites, depuis l'épigastre jusque dans la région iliaque. La saillie hépatique était d'autant plus facile à palper, que la paroi abdominale était fortement relâchée et amincie, par suite de grossesses

antérieures. Le foie était médiocrement douloureux à la pression, non-seulement dans la partie saillante, mais encore dans toute son étendue. Quand on cherchait à le circonscrire au moyen de la percussion, la malade faisait un geste de douleur, aussitôt que l'on passait des parties sonores à la partie où le son est mat.

Cette malade nous dit que cette douleur devenait parfois intolérable, et qu'en même temps son foie augmentait de volume. Cela arrivait ainsi infailliblement toutes les fois qu'elle prenait du vin pur, des fruits, des mets salés, poivrés ou épicés ; la douleur commençait un quart d'heure environ après l'ingestion de ces différentes substances, et durait pendant cinq ou six heures ; elle n'avait jamais eu d'ictère. Cette malade fut mise à l'usage des cataplasmes sur la région du foie, des bains, de l'eau de gomme, et des pastilles de Vichy ; elle mangeait deux portions. Elle fit un séjour de douze jours à l'hôpital, d'où elle sortit notablement soulagée.

3° Le 29 août de la même année, il vint dans mon service de l'Hôtel-Dieu annexe, un homme de 60 ans, qui avait une hypertrophie médiocre de la rate, due probablement à une affection paludéenne contractée, il y a dix ans, à Rochefort, où cet homme avait eu des fièvres intermittentes ; mais ce n'est pas là ce qui l'amène à l'hôpital ; il y vient pour des douleurs qu'il éprouve depuis une quinzaine de jours dans l'hypochondre droit.

Le sentiment de la douleur est continuel dans l'hypochondre, mais il s'exaspère singulièrement après le repas, surtout quand il y a eu ingestion de vin pur et de mets épicés. La douleur est alors violente ; tout son côté droit est, dit-il, gonflé, en même temps sa respiration est très-embarrassée ; puis au bout de quatre ou cinq heures, tout cela se dissipe presque tout d'un coup. Il n'y a jamais eu d'ictère.

Le malade examiné présente une hypertrophie du foie qui déborde les côtes de deux travers de doigt ; cet organe est légèrement douloureux non-seulement dans cette partie, mais dans toute son étendue, ce dont on s'assure à l'aide de la percussion. Il n'y a pas de fièvre. Anoraxie, bouche pâteuse, langue recouverte d'un enduit blanc.

Le malade est soumis à l'usage de l'eau de gomme ; cataplasme sur la région hypochondriaque, sangsues à l'anus, bains.

Le 1er septembre, l'appétit est revenu ; il y a moins de douleur sur la région du foie. On lui accorde deux potages.

Le 2 septembre, même état. Seulement le malade nous dit qu'après avoir pris les potages, il y a eu apparition de douleurs passagères dans le foie.

Le 3, l'appétit augmente. Une portion d'aliments sans vin ; elle est assez bien supportée.

Le 5, on lui donne du vin, que le malade boit pur. Quelques minutes après, violentes douleurs dans l'hypochondre droit, avec gonflement et dyspnée ; elles durent ainsi trois heures.

Le 6, appétit toujours croissant. Une portion sans vin jusqu'au 10.

Le 10, on lui accorde deux portions et du vin qu'il a pris avec beaucoup d'eau. Cette fois il est bien supporté.

Le malade est en pleine convalescence ; il sort le 20, n'accusant plus de douleur dans le foie, même à la pression et à la percussion. Néanmoins ce viscère déborde encore sensiblement les côtes.

4° Dans le courant d'avril 1846, je fus appelé en consultation dans la rue Beaubourg, auprès d'un jeune ouvrier de 24 ans environ, d'une belle constitution, qui, depuis deux jours, était en proie à des coliques violentes, et qui, depuis la veille, avait un ictère bien marqué. Je le trouvai en proie aux douleurs les plus vives, s'agitant beaucoup et ayant la respiration entrecoupée.

Sa femme, qui me parut très-intelligente, m'apprit que son mari, habituellement bien portant, se plaignait souvent après le repas d'une douleur sourde dans le côté droit ; ce qu'elle attribuait au goût excessif de son mari pour la moutarde (il en consommait un moutardier environ par jour). Depuis quelque temps, il avait éprouvé des contrariétés, et avec elles ses douleurs sourdes de côté avaient augmenté. Enfin, il y a deux jours qu'après son dîner, dans lequel il avait pris sa dose ordinaire de moutarde, il avait ressenti, non plus une douleur sourde, mais une violente colique, qui durait depuis ce temps-là. Il y avait eu d'abord vomissement des matières ingérées, puis de bile jaune.

Examinant le malade, je trouve une forte résistance sous les fausses côtes droites ; la plus légère pression y est extrêmement douloureuse. La percussion dénote une augmentation de volume du foie ; aussitôt qu'on passe des parties sonores au siége de la matité hépatique, le malade exprime une vive douleur. Le point où le malade accuse la douleur spontanée la plus violente est la partie postérieure des trois dernières fausses côtes droites. La chaleur de la peau est naturelle, le pouls est à 76 ; il y a à peine de la soif.

Le malade fut mis dans un bain tiède prolongé, que l'on répéta le lendemain. Dans l'intervalle des deux bains, il eut des sangsues à l'anus ; il but de la tisane de gomme édulcorée.

J'appris par son médecin ordinaire, le docteur Bergues, qu'à-

près l'application des sangsues la douleur diminua. Trois jours après, elle fut assez légère pour permettre de quitter le lit. En même temps, l'ictère se dissipa, et peu à peu le malade prit des aliments.

5° Le 30 mai 1848, j'ai observé, à l'hôpital Saint-Antoine, une femme assez semblable à celle du n° 2. Cette femme, âgée de 30 ans, qui a eu plusieurs enfants, est affectée, depuis un an environ de la maladie pour laquelle elle entre à l'hôpital. Ce sont des douleurs permanentes mais légères dans l'hypochondre droit, elles s'exaspèrent à un degré insupportable chaque fois qu'il y a ingestion de vin pur et de substances acides. Elles s'accompagnent alors d'un gonflement de tout l'hypochondre, avec plaintes, cris et hoquet.

Le foie est hypertrophié et déborde les côtes de trois centimètres ; il est douloureux à la pression non-seulement dans cette partie, mais encore dans toute l'étendue de sa matité.

Il y a de l'appétit, pouls non fébrile. La malade est mise à l'usage des bains alcalins, de l'eau de Vichy coupée, cataplasmes sur la région du foie. Elle mange deux portions. Elle sort au bout de dix jours, à peu près dans le même état qu'elle était en entrant. Il n'y a jamais eu d'ictère.

6° Les détails importants de cette observation m'ont été donnés par le malade et par son médecin. M. X., habitant la province, d'une constitution forte, âgé de 50 ans environ, a présenté, dans l'hiver 1846-1847, tous les signes de colique hépatique, tels que douleur atroce dans le côté droit, absence de fièvre, durée de la douleur pendant six à sept heures ; et, après le paroxysme, ictère qui se dissipait au bout de deux jours. Ce malade a été envoyé à Vichy en 1847 ; l'usage des eaux lui a fait le plus grand bien.

Voici maintenant les points intéressants de cette observation. M. X... a éprouvé toujours ses coliques après dîner, surtout quand, dînant avec des amis, il buvait un peu plus de vin qu'à l'ordinaire. La susceptibilité du foie devint telle, que, pendant un mois, il ne put pas ingérer les sauces ordinaires et médiocrement épicées, le vin coupé d'eau, les fruits même cuits, etc., sans éprouver immédiatement après des douleurs plus ou moins vives dans la région hépatique. Il fut obligé, pendant ce laps de temps, de se nourrir de potages au lait, de sauces et de viandes blanches, et de boire de l'eau.

7° En 1849, étant juge du concours pour la place de médecin au Bureau central, j'ai eu l'occasion, parmi les nombreux malades examinés pour servir à la leçon clinique, de rencontrer deux

cas de colique hépatique. C'étaient deux hommes de 30 ans environ, placés à l'hôpital de la Charité. Ils n'avaient jamais eu d'ictère ni l'un ni l'autre ; mais tous les deux avaient une hypertrophie du foie, avec saillie légère de cet organe au-dessous des fausses-côtes, et quand on limitait cet organe au moyen de la percussion, il y avait sensation de douleur notable au moment où l'on arrivait des parties sonores sur la matité hépatique. Tous les deux avaient une augmentation de douleur dans la région hépatique, pendant tout le temps de la digestion ; et cette douleur allait jusqu'à l'angoisse quand ils avaient bu du vin pur, ou ingéré des substances acides.

8° Un garçon de chantier, âgé de 64 ans, ancien militaire, d'une constitution forte, a éprouvé de temps en temps, depuis 1810, des douleurs plus ou moins violentes dans l'hypochondre droit, sans qu'on puisse dire précisément que c'étaient des coliques hépatiques ; mais cependant cela est fort probable, si l'on tient compte de ce qui est arrivé depuis. Il aime le vin rouge avec passion, et assez souvent il lui arrive d'en boire quatre ou cinq litres dans un jour, sans manger, et sans pourtant présenter jamais des symptômes notables d'ivresse.

Le 27 juin 1850, il passa la journée en libations avec un ami, et il but sa dose habituelle de cinq litres de vin. Il se coucha à dix heures, après avoir essayé de manger un peu de soupe ; mais comme il n'avait pas faim, il en prit tout au plus deux cuillerées.

Dans le milieu de la nuit, à deux heures, il fut réveillé par une douleur violente dans le côté droit de la poitrine, qui lui arracha des plaintes et le mit dans une agitation extrême. A dix heures du matin, M. Léclaire, son médecin, est appelé, constate que la douleur occupe tout l'hypochondre droit et l'épigastre ; le malade ne peut y endurer la plus légère pression. Le pouls est normal ; il n'y a ni selle ni vomissements. Les urines que le malade vient de rendre sont de couleur acajou ; la veille, elles étaient naturelles. La conjonctive est légèrement ictérique. M. Leclaire, persuadé qu'il a affaire à une colique calculeuse, ordonne la potion de Durande. Le malade la prend le jour même, à deux heures. Mais quelques minutes après les premières cuillerées, il y a un redoublement considérable de la douleur hépatique, qui s'était un peu calmée depuis midi. Le malade crie, s'agite, ne peut plus prendre de potion, dit qu'il est empoisonné, etc. La douleur dure ainsi jusqu'au lendemain matin, 29 ; elle cesse subitement à sept heures. Le malade peut se lever ; il a un peu d'appétit, prend du bouillon ; l'ictère commencé le 28 est augmenté.

Le 30, le malade est purgé avec de l'eau de Sedlitz ; il rend des selles bilieuses, sans le moindre calcul.

Le 2 juillet, le malade croit pouvoir manger une côtelette et boire du vin coupé d'eau; mais immédiatement après, il est pris d'une colique hépatique assez intense qui dure pendant trois heures, et qui cesse brusquement.

Le 3, 4, 5, 6, le malade ne prend que du bouillon et du potage, et s'abstient totalement d'eau rougie ; il va de mieux en mieux, son ictère diminue de jour en jour et n'a plus qu'une légère coloration.

Le 7, le malade, se trouvant très-bien, n'hésite pas à manger une limande et boire un verre de vin pur. Après ce repas, sa colique reparaît dans sa première violence, et dure ainsi plus longtemps que jamais. Pendant trois jours, l'ictère reparaît aussi dans toute son intensité. M. Leclaire fait appliquer des sangsues sur la région hypochondriaque.

Le 10, il n'y a plus de douleur ; l'ictère est intense. Bouillon.

Le 13, l'ictère est presque disparu. Purgation avec l'huile de ricin ; selles bilieuses sans le moindre calcul. Potage, puis aliments plus substantiels. Privation de vin.

Le malade va de mieux en mieux, il suit son régime exactement.

Le 15 août, infraction au régime. Notre homme va à la barrière avec un ami et boit un litre de vin pur. C'était à midi. Aussitôt après, apparition de la colique hépatique ; le malade effrayé court dans les champs pour dissiper sa douleur, mais inutilement. Il vient, à deux heures, chez son médecin, qui l'envoie coucher et lui formule une potion calmante. La colique cesse à six heures, le même jour, et est suivie d'un ictère léger qui s'est dissipé le lendemain. Depuis ce temps, le malade a renoncé au vin pur et n'a éprouvé dans l'hypochondre que des douleurs insignifiantes et passagères. Son foie fait une légère saillie à l'épigastre.

Tels sont les faits qui me semblent démontrer d'une manière positive la réalité des coliques hépatiques, produites par le transport dans le foie de certaines substances, devenues accidentellement irritantes pour ce viscère.

Cette affection n'est pas commune; elle l'est encore moins dans les hôpitaux que dans la pratique civile. Cependant si l'on voit peu souvent des coliques proprement dites, c'est-à-dire des douleurs violentes, avec angoisse, dyspnée, etc., on rencontre assez fréquemment des personnes qui, après l'ingestion de substances irritantes, éprouvent une simple sensation de malaise, d'embarras ou de chaleur dans la région hépatique.

Il faut mettre en première ligne des substances qui ont la fâcheuse propriété de provoquer des hépatalgies chez les individus prédisposés, d'abord les boissons alcooliques même prises en quantité modérée; ensuite les fruits verts, acides, les condiments forts et âcres, tels que la moutarde, le poivre, le sel, les fruits confits au vinaigre, etc. Enfin nous avons vu que, quand il y a un accès de colique hépatique, on en provoque un second tout aussi violent que le premier en administrant, immédiatement après l'accès, un simple purgatif, ou le remède de Durande, ou de l'eau de Vichy. Il faut, dans ce premier moment d'irritabilité extrême du foie, donner au malade des émollients sous toutes les formes.

Il y a, comme on le voit, sous le rapport de la cause, la plus grande analogie entre ces douleurs du foie et des douleurs d'estomac qui surviennent après l'ingestion de certaines substances, telles que des fruits, de la limonade, des condiments, etc. L'influence directe des *ingesta* sur la production des gastralgies ne saurait être niée. Eh bien, il faut reconnaître que des hépatalgies sont produites par les mêmes causes agissant de la même manière; seulement il faut admettre des idiosyncrasies, par suite desquelles c'est l'estomac chez les uns, c'est le foie chez les autres, qui s'affecte douloureusement au contact des substances ingérées.

Nous avons montré plus haut que l'opinion générale qui fait dépendre toute colique hépatique d'une obstruction calculeuse ne permettait guère d'interpréter ces deux phénomènes fréquents des coliques, à savoir : les vomissements bilieux pendant l'attaque, c'est-à-dire pendant que le conduit cholédoque est censé obstrué, et après l'attaque, la non-expulsion des calculs obstruants.

Il nous sera maintenant tout aussi difficile de comprendre, par un calcul engagé dans les voies biliaires, ces coliques qui surviennent immédiatement après chaque ingestion de substances irritantes, tant que dure la vive susceptibilité du foie. Quel rapport de causalité pourra-t-on trouver entre ces ingestions et un calcul venant à l'instant même, et chaque fois, obstruer le conduit cholédoque (1) ?

(1) Quand je dis que les calculs ne produisent pas ces coliques survenant ainsi après des *ingesta* irritants, il faut s'entendre sur le mode d'influence qu'ils peuvent exercer. On doit accorder que des calculs, par leur simple présence dans le vésicule ou dans le tissu du foie, puissent rendre le foie irritable, et le prédisposer à s'affecter de névralgie, sous l'influence des *ingesta* ;

Nous sommes amené à distinguer, dans la colique hépatique comme dans l'asthme et la goutte, l'*attaque* qui peut durer huit jours, quinze jours, un mois, etc., qui existe en un mot pendant tout le temps que le foie peut s'affecter douloureusement ; et puis l'*accès* ou *paroxysme*, qui n'est autre chose que la colique proprement dite, qui dure de une heure à deux jours, et qui se répète plus ou moins souvent, tant que l'attaque se prolonge, c'est-à-dire tant que le foie reste irritable.

Il faudra distinguer aussi les coliques de causes différentes, d'après certains caractères propres à chacune d'elles. C'est ainsi qu'on considérera comme calculeuse la colique qui ne s'accompagne pas de vomissements bilieux, qui se termine par l'expulsion d'un calcul, et qui n'est guère sujette à récidive. La colique rhumatismale sera celle qui se montre sous l'influence d'un refroidissement ou d'une métastase rhumatismale, et qui se dissipe par le rétablissement de la chaleur et de la transpiration. Enfin la colique due aux *ingesta* sera considérée comme telle, lorsqu'elle se manifestera immédiatement après le repas, que la douleur initiale se portera de l'épigastre dans l'hypochondre droit, que la durée de la colique n'excédera guère celle de la digestion, et qu'elle se répétera après l'ingestion de toute substance irritante. Il est bien entendu que, dans ces deux dernières espèces de coliques hépatiques, il pourra y avoir des vomissements bilieux et des récidives fréquentes.

J'ai tout lieu de penser que la colique hépatique due aux *ingesta* est celle qu'on a le plus souvent l'occasion d'observer. J'en trouve la preuve même dans les auteurs recommandables qui ont traité de la colique calculeuse, et qui, préoccupés par l'idée traditionnelle du calcul, rapportent sans hésiter à cet inévitable calcul les circonstances symptomatiques de la colique déterminée par les *ingesta*. C'est ce que nous allons voir à l'instant.

Je citerai d'abord le nosologiste Sauvages. Voici, d'après lui, les caractères principaux de l'hépatalgie calculeuse : « Hepatalgia « calculosa cognoscitur ; 1° exatroci sœpius dolore circa locum « ubi canalis choledochus inseritur duodeno ; 2° ex eo quod dolor « ille ad costas spurias et epigastrium extendatur ; 3° *quod tribus*

irritants. Mais que ce soit le calcul lui-même qui, obstruant le conduit cholédoque, vienne produire chaque accès lui-même ; accès marqué par des vomissements bilieux et par un défaut d'expulsion calculeuse ; accès qui survient après l'ingestion alimentaire, et qui se termine tout à coup, quand la digestion est terminée : voilà ce qu'on ne saurait accorder.

« *sæpius a pastu horis recrudescat*; quod auriginem comitetur « aut sequatur. » (*Nosologia*, t. II, p. 107.)

Voilà donc pour Sauvages un des caractères de la colique calculeuse, c'est que cette colique se montre le plus souvent *trois heures après l'ingestion des aliments.* Comment comprendre ce fait par l'obstruction calculeuse? Il faut donc que le calcul s'engage dans le canal cholédoque trois heures après le repas; et il faut surtout qu'après chaque repas il y ait ainsi un nouveau calcul pour produire chaque recrudescence!

Sœmmering insiste sur le même caractère, et le précise davantage, comme pour le rendre moins concevable encore au point de vue de l'obstruction calculeuse. « Ordinairement, dit Sœmmering, cette douleur hépatique commence à se faire sentir après le dîner. Elle est quelquefois développée par la seule ingestion d'une grande quantité d'aliments, et cesse aussitôt que la digestion est faite. »

Voilà encore ici un calcul qui vient obstruer les conduits biliaires après le repas, surtout après un repas copieux, et qui cesse d'obstruer les mêmes conduits quand la digestion est finie! Tout cela n'est-il pas bien plus intelligible par un foie devenu irritable, qui est le siége d'une vive douleur tant qu'il reçoit des substances alimentaires plus ou moins irritantes et abondantes, et qui cesse de souffrir quand la digestion est finie?

On trouve des observations précises de colique hépatique survenant après le repas dans le mémoire de Durande. « Le sieur Bouin, dit cet auteur, machiniste de l'Académie, souffrait depuis dix mois de coliques hépatiques, qui survenaient presque tous les jours deux heures après dîner. » Plus loin, p. 142, on trouve une observation recueillie par Maret, dans laquelle il est dit que le patient « éprouvait depuis sept à huit mois des coliques, dont les retours devenaient de plus en plus fréquents. Ces coliques s'annonçaient par les accidents d'une indigestion, etc. » Et plus loin encore, p. 164, il est question d'un malade qui, dans le mois de novembre, « éprouva ce qu'il appelait des indigestions... Au troisième accès de ces prétendues indigestions, lequel cette fois-ci fut très-violent, je ne doutai plus de l'existence de la colique hépatique, etc. »

Ces accès n'étaient pas, comme on vient de le dire, de *prétendues indigestions*, mais bien des indigestions réelles; seulement le siége de ces indigestions était le foie, au lieu d'être l'estomac. Le foie ne pouvait *digérer* qu'avec douleur et trouble violent les substances alimentaires apportées par la veine porte, et se comportait tout aussi mal que l'estomac, quand celui-ci ne

peut supporter le contact des aliments sans souffrances, crampes, vomissements, etc. Il y a donc, comme on le voit, des indigestions gastriques et des indigestions hépatiques.

Les auteurs ne démontrent pas seulement, sans le vouloir, la réalité des coliques hépatiques dues aux *ingesta* alimentaires, ils nous parlent aussi de coliques semblables à celles que nous avons rapportées sous les n°s 1 et 8, et développées après l'ingestion de substances médicamenteuses, comme les purgatifs, le remède de Durande, etc... Ainsi Pujol, que j'aurais pu citer plus haut comme donnant aussi pour caractère de la colique hépatique, de se développer après les repas, Pujol ne veut pas qu'on administre les purgatifs dans les premiers temps de la maladie, parce qu'ils *réveillent infailliblement la douleur*. Durande est aussi de cet avis. « Dans tous les cas, dit-il, ils (les purgatifs) renouvellent ordinairement des coliques qu'il est plus prudent d'éviter, en rendant, suivant le conseil d'Hippocrate, la matière mobile avant de l'entraîner. Ainsi, après un long usage du dissolvant des pierres biliaires, on purge les malades sans douleur. » Mais le dissolvant des pierres biliaires produit aussi des coliques hépatiques comme les purgatifs, quand on l'administre dans les premiers temps de la maladie. C'est pour cela que Durande ne conseille son emploi qu'après un *long usage d'humectants et de délayants... si ce remède agite... si la région du foie devient douloureuse, on saigne et l'on continue les bains*.

On ne peut pas admettre, ainsi que nous l'avons déjà remarqué, que ces différents agents produisent des accès d'hépatalgie, en faisant engager chaque fois un nouveau calcul dans les voies biliaires, mais bien en allant directement irriter le foie dans un moment où il est très-irritable. Il me semble que ces faits étaient par eux-mêmes de nature à faire revenir au système de Galien les auteurs précités, en leur montrant que les matières ingérées allaient au foie par la veine porte.

Dans les ouvrages modernes, on ne trouve plus l'observation de ces rapports de coïncidence entre les *ingesta* et les coliques hépatiques; mais on y peut remarquer quelques faits qui viennent, jusqu'à un certain point, déposer aussi contre la théorie exclusive de l'obstruction calculeuse.

M. Fauconneau-Dufresne, qui a étudié particulièrement les maladies du foie, a fait un mémoire sur les calculs biliaires, dans lequel on lit le fait suivant : « Je donnais des soins, en 1838, au général***, pour des coliques hépatiques violentes dont les accès se renouvelaient fréquemment. L'un d'eux durait depuis dix heures et mettait au désespoir le malade ; lorsque le docteur Louis,

appelé en consultation, eut l'idée d'administrer un bain de vapeur. A peine le général y était-il depuis cinq minutes, qu'il nous annonça avec joie que sa douleur venait de passer subitement. » Il est possible, à la rigueur, qu'on ait eu réellement affaire ici à une colique calculeuse, et que le bain de vapeur ait amené le dégagement subit du calcul. Mais il me paraît plus probable que l'hépatalgie était de nature rhumatismale, et qu'il a suffi d'exciter une abondante sueur pour faire disparaître tout à coup cette névralgie viscérale.

J'en dirai autant des faits très-importants par lesquels M. Bricheteau a été amené à préconiser l'application externe de la glace dans le traitement de la colique hépatique. On voit, dans le mémoire où ces observations sont rapportées, que des applications de cette nature, faites sur la région du foie, ont dissipé en quatre ou cinq minutes les coliques les plus violentes. Eh bien, encore ici les douleurs dépendaient-elles uniquement de l'engagement dans les voies biliaires d'un calcul qui aura été déplacé par l'action de la glace ? et n'est-il pas plus vraisemblable que la glace aura agi par suite de la médication sédative qu'elle exerce dans le traitement des névralgies ? Car, il ne faut pas le perdre de vue, en dehors des hépatalgies par *ingesta*, qui sont fréquentes, et des hépatalgies calculeuses, qui sont rares, il faut en admettre des rhumatismales, peut-être même des goutteuses, des hystériques, etc., qui réclament chacune un traitement particulier ; et quelle que soit la cause ou la nature de la colique, l'ingestion d'agents un peu irritants ne manque pas de provoquer à l'instant même un accès, quand on est aux premiers temps de la maladie, et que le foie est extrêmement irritable.

(*La suite à un prochain numéro.*)

IV. Pathologie, Thérapeutique et Clinique médicale.

PATHOLOGIE EXTERNE.

2. *Considérations nouvelles sur le rhumatisme articulaire aigu et son traitement;* par M. Pidoux, médecin des hôpitaux

Suite et fin: *voir* t. III, mars 1851, p. 53.

(L'Union médicale, Nos 27 et 28; 6 et 8 mars 1851.)

Nous ne permettrions qu'à un empirique de s'étonner du soin que nous prenons à discuter pour le thérapeute placé en face des indications de la médication antiphlogistique dans un cas de rhumatisme inflammatoire, le difficile problème que renferme cette intéressante maladie. Ce traitement si délicat est livré, ici à l'empirisme et à une expérimentation brutale, là, à l'expectation déplorable du scepticisme qui se déguise sous la sévérité numérique; plus loin, à des doctrines pathologiques que leur systématique étroitesse rapproche beaucoup de l'empirisme.

Ceux qui s'efforçant de prouver que le rhumatisme articulaire aigu est le type de maladies inflammatoires, ne savent lui opposer que des saignées répétées, engagent les jeunes médecins dans une voie funeste à leurs malades. Nous dirons pourquoi dans un instant.

Remarquons, en passant, que les faits qu'on amasse sans discernement pathologique pour prouver la nature phlegmoneuse du rhumatisme aigu, ne seraient pas mieux choisis pour démontrer le contraire; car on peut toujours remonter à des conditions de suppuration préexistantes ou coexistantes chez le sujet. Le rhumatisme joue dans ces cas le rôle de cause excitante de la suppuration articulaire, comme aurait pu le faire toute autre cause irritante non phlegmoneuse par elle-même. Or, nous ne refusons pas cette action au rhumatisme, pas plus que celle de provoquer une tumeur blanche chez un sujet prédisposé.

Loin de proscrire la saignée dans le rhumatisme aigu, nous la recommandons au besoin; mais nous soutenons qu'elle ne répond pas à toutes les indications, qu'il en est même plusieurs qui la repoussent.

Répétons-le à satiété, le rhumatisme tout aigu, tout inflammatoire qu'il puisse être dans une de ces variétés, et par rapport à un de ses éléments, est en lui-même une maladie essentiellement chronique. C'est une première raison pour ménager le sang dans cette affection. En voici une autre non moins décisive.

Nous l'avons déjà signalée, et nous y revenons tant pour sa gravité, qu'en raison de sa nouveauté, car nous ne croyons pas qu'elle ait été émise avant nous, ni même depuis la dernière édition de cet ouvrage où elle se trouve pourtant déjà énoncée (1).

(1) Voici en quels termes nous exposions ce fait capital dans la troisième édition publiée en 1841. Si nous reproduisons ces passages, c'est qu'ils sont le développement indispensable de l'énoncé substantiel auquel nous avons dû nous borner dans ce supplément à la quatrième édition :

« On n'a pas assez remarqué combien peu le système (pour nous servir de l'expression des Anglais) est malade chez les individus affectés du rhumatisme articulaire fébrile le plus intense. Leur teint pâle et mat, l'aspect physiologique de leur langue et des membranes muqueuses, et si on excepte leurs douleurs, le sentiment de bien-être et de santé que conservent la plupart, l'appétit qu'ils ne cessent guère d'éprouver, tout enfin, sous ce rapport, les rapproche de l'état du système dans les maladies chroniques. Une maladie aiguë fébrile beaucoup moins intense, porte une atteinte beaucoup plus profonde aux forces, modifie bien plus étrangement le tact général et le sens vital, jette en un mot toute l'économie dans une situation bien plus insolite, bien plus différente de l'état physiologique, que ne le fait le rhumatisme aigu. Qu'importe l'acuité des symptômes ? C'est ailleurs, comme nous l'avons dit plus haut, qu'il faut chercher la distinction des maladies aiguës et des maladies chroniques. La goutte est-elle une maladie aiguë, malgré l'excessive intensité des phénomènes qui caractérisent une de ses attaques régulières ?

« Mais l'excès de fibrine du sang ? dira-t-on encore. Ce phénomène a moins de valeur qu'on ne lui en suppose pour prouver la nature purement inflammatoire du rhumatisme articulaire aigu.

« Cette affection paraît être aux tissus blancs de l'économie (tissus cellulaire, séreux et fibreux), ce que sont au système muqueux les fièvres catarrhales dont nous parlerons plus bas. C'est comme une fièvre catarrhale des tissus séreux. Parmi ces tissus, la membrane interne de l'appareil vasculaire à sang rouge, nous semble aussi, jouer un rôle tout particulier dans le rhumatisme aigu. Nous sommes portés à croire que, dans cette maladie, la membrane séreuse dont il s'agit exhale beaucoup de sérosité et qu'elle est en sympathie spéciale avec les tissus du même genre affectés plus ou moins vivement de fluxions inflammatoires rhumatismales. Les parties blanches et séreuses du sang sont donc en excès dans cette affection ; la plèthore vasculaire et l'orgasme artériel qu'on y observe sont dus bien plutôt au travail formateur de cet élément séreux qu'à l'augmentation des éléments du sang qui jouissent d'un plus haut degré de vie et d'organisation. Cet état, sauf le mouvement inflammatoire spécial qui l'accompagne, ressemblerait par conséquent bien plus à la pléthore de certaines chlorotiques qu'à celle des sujets pléthoriques, ou qu'à celle d'une fièvre inflammatoire chez un homme très-sanguin. Or, on sait que la couenne est formée aux dépens de la sérosité du sang. L'aspect et la consistance couenneuse de cette sérosité chez les personnes à qui on applique des vésicatoires dans le cours d'une phlegmasie franche et fébrile, ne laisse guère de doute à cet égard

Le rhumatisme articulaire aigu affecte constamment de quelque manière le grand appareil de la circulation du sang. Il produit simultanément, et dès son début, des modifications dans les forces motrices et altérantes de cet appareil d'où résultent : 1° une diminution des globules du sang avec pléthore séreuse et

La présence d'une proportion considérable de fibrine dans le sang des rhumatisans, prouve donc seulement une chose, l'existence de phlegmasies aiguës dans une maladie où la sérosité du sang tend à se former en plus grande quantité. La proportion de la fibrine, le volume de la couenne, ne sont jamais plus considérables que chez les chlorotiques intercurremment affectées d'une phlegmasie aiguë. Se fonder sur l'existence de cette couenne, sur sa quantité, et surtout sur sa persistance incroyable dans le rhumatisme aigu, pour tirer du sang et répéter les saignées jusqu'à disparition de ce caractère, comme beaucoup de médecins en font un précepte, c'est avoir de cette maladie la plus fausse idée ; c'est surtout lui opposer une médication déplorable ; car il est des rhumatisants dont la dernière goutte de sang se formerait en couenne si on s'avisait de la leur tirer. Il est même certain que pour peu que les phlegmasies séreuses et la fièvre persistent, la proportion de la couenne va en augmentant au fur et à mesure qu'on saigne. Nous avons vu plusieurs chlorotiques affectées de rhumatisme aigu. Leur sang était plus riche en couenne ou en fibrine que celui de personnes beaucoup plus sanguines. Dans leur sang, il n'y avait presque pas de coagulum rouge. Tout était caillot blanc d'une grande fermeté, recouvrant une mince épaisseur de coagulum rouge fort peu consistant.

« Ce qui concourt à tromper les praticiens qui prennent la couenne pour fondement des indications de la saignée dans le rhumatisme aigu, c'est la force du pouls, le volume de l'artère et sa roideur vibrante. Le pouls est en effet beaucoup plus dur dans cette phlegmasie que dans d'autres certainement plus franches et plus aiguës, la pneumonie par exemple. Cela s'accorde avec ce que nous disions plus haut de la stimulation particulière de l'arbre artériel dans le rhumatisme aigu. La fréquence des phlegmasies de l'endocarde et celle des bruits artériels, plus grande certainement dans le rhumatisme aigu que dans les autres inflammations, toutes choses égales d'ailleurs, sont encore des raisons d'admettre cette excitation morbide du système artériel produite sans doute par le travail de supersécrétion morbide de sa membrane interne.

« Or, il arrive bien souvent dans ce cas, que l'exhalation augmente d'autant plus dans la séreuse intra-vasculaire, qu'on évacue davantage le système circulatoire. Il se passe alors chez quelques sujets ce qu'on observe bien souvent dans les grandes hémorrhagies : une pléthore séreuse qui remplace et surpasse même *quoad molem* la masse du sang qui existait antérieurement. Dans ce cas aussi, le pouls prend une force, une élévation et une vibralité qu'il n'a jamais dans les phlegmasies franches et chez les individus non anémiques. Cette pseudo-fièvre inflammatoire étant accompagnée d'ailleurs par une chaleur assez vive, par la persistance des phlegmasies articulaires et la présence de la couenne du sang, paraît former ainsi une puissante indication de la saignée ; et c'est presque toujours avec dommage pour le malade et avec danger de prolonger indéfiniment les accidents, qu'on cède à cette indication spécieuse.

excès de fibrine ; 2° des bruits morbides du cœur et des vaisseaux, une forme correspondante et spéciale du pouls, indépendamment de toute émission sanguine comme de toute inflammation positive de l'endocarde ou du péricarde. Que cette inflammation s'y ajoute souvent, c'est la vérité, mais ce n'est pas ce qui est en question.

M. Bouillaud dit : Dans le rhumatisme aigu généralisé, l'endocardite est la règle ; quand elle n'existe pas, c'est une exception. Nous disons, nous : il n'y a pas de rhumatisme articulaire aigu, sans que l'irritation rhumatismale affecte le cœur et les vaisseaux d'une manière et à un degré quelconques. Cette irritation, ou la fièvre angéioténique rhumatismale, sont plus essentiels au rhumatisme aigu que la fluxion inflammatoire des articulations.

Le rhumatisme a de nombreuses manières de se manifester, et l'inflammatoire n'est pas la seule. La douleur, le spasme, la contracture, la paralysie, le flux, la congestion, etc..., lui servent de phénomènes plus souvent encore que la fluxion inflammatoire. Cela est évident à l'extérieur. Pourquoi n'en serait-il pas de même au cœur et dans les vaisseaux ? La fièvre si particulière qui forme le caractère les plus remarquable du rhumatisme articulaire aigu, n'est pas une fièvre symptomatique comme on l'entend dans l'école, c'est-à-dire sans autre rapport avec la maladie que d'être physiologiquement excitée par les phlogoses articulaires. C'est une fièvre rhumatismale au même titre que les arthrites sont des arthrites rhumatismales. On le démontre par son existence fréquente avant l'apparition de celles-ci, et sa persistance malgré leur disparition. C'est véritablement une fièvre angéioténique, produite par l'excitation rhumatismale directe ou idiopathique du grand appareil circulatoire. Or, chaque espèce d'affection irrite à sa manière cet appareil si important. L'affection rhumatismale l'irrite, en y déterminant,

« Singulière contradiction ! On ne s'avise pas de saigner un rhumatisant lorsqu'il n'y a chez lui ni fluxions inflammatoires ni fièvre. S'y joint-il de la fièvre et des fluxions, on ne songe qu'à saigner !

« Lorsqu'un malade est affecté de douleurs rhumatismales vives, sans fièvre ni phlogoses, on prescrit l'opium, les sédatifs, les vésicatoires, les purgatifs réitérés. A-t-on affaire à une maladie franchement inflammatoire, on saigne exclusivement. Voilà qui est très-bien de part et d'autre. Qu'à côté de cela, on suppose maintenant un individu affecté de douleurs rhumatismales avec fièvre et phlegmasie, on voit les uns saigner exclusivement, les autres prescrire exclusivement aussi les narcotiques. Or, nous le répétons, voilà ce qui ne se conçoit plus. »

dans des conditions inflammatoires spéciales de l'économie, les phénomènes que nous avons indiqués plus haut : hypersécrétion de sérum, formation de fibrine en excès, disproportion entre ces éléments et les globules sanguins, pléthore séreuse, énergie morbide des mouvements alternatifs de contraction et d'expansion du cœur et des vaisseaux avec vibration spasmodique de leurs parois. Cette irritation nerveuse et sécrétoire d'abord, peut s'élever et s'élève souvent, par un progrès insensible, jusqu'à l'irritation inflammatoire de l'endocarde. Le moment où commence l'endocardite est difficile à préciser.

Si par endocardite, M. Bouillaud entend une irritation rhumatismale ou catarrhale de l'endocarde avec spasme du cœur, l'endocardite est plus commune qu'il ne le dit ; car, suivant nous, elle est constante. Mais s'il désigne par ce mot l'inflammation proprement dite, entraînant une altération de structure, l'endocardite est moins fréquente que ne l'exprime sa loi de coïncidence.

Le cœur est toujours rhumatisé à un degré quelconque, et toujours cette affection se manifeste par une modification de mouvements appréciable par des modifications de l'impulsion et des bruits. Tout l'appareil circulatoire ressent cette affection : la membrane interne par une irritation sécrétoire, la membrane moyenne aux artères, le tissu musculaire au cœur, par un état spasmodique. Dans le cœur, surtout à ses orifices, l'irritation sécrétoire de l'endocarde tend à déterminer une phlegmasie dont l'opiniâtreté contraste avec la mobilité des phlogoses rhumatismales dans les tissus pourtant moins vasculaires des articulations, où l'inflammation commune a son *maximum* de fixité. Cette circonstance porte à considérer l'endocardite avec lésion de structure, comme une conséquence assez commune du rhumatisme, plutôt que comme un phénomène propre de cette affection.

M. Bouillaud, voulant formuler la relation de l'endocardite avec le rhumatisme aigu, a cru trouver une loi pathologique qu'il appelle *loi de coïncidence*. La pathologie n'étant pas une science de quantités ou de grandeurs, ses lois ne peuvent pas *se formuler* numériquement. Le mérite de M. Bouillaud est d'avoir établi le fait de l'endocardite et de ses conséquences graves dans le rhumatisme ; cela peut lui suffire. Quant au rapport pathologique de ce fait, il ne l'a pas connu.

Tous ces caractères, joints à la couenne rhumatismale du sang, forment des indications spécieuses pour la saignée, et c'est ce qui nous oblige à consacrer à la médication antiphlogistique

dans le rhumatisme de si longues études. On voit maintenant dans quelles limites ces indications existent et doivent être satisfaites. L'élément inflammatoire n'étant pas essentiel au rhumatisme, peut s'y associer à bien des degrés, dominer l'élément rhumatismal comme dans certaines constitutions médicales fortement inflammatoires, ou être dominé par lui comme dans les cas où le sujet est constitutionnellement rhumatique avec prédisposition goutteuse. Dans ces divers cas, la saignée deviendra un moyen principal ou un moyen secondaire relativement aux médications spéciales. Aujourd'hui, on ne voit personne songer à combiner le traitement de l'appareil inflammatoire et le traitement des effets propres du rhumatisme. Être exténué par des saignées coup sur coup exclusivement, ou bien empoisonné exclusivement avec le sulfate de quinine à hautes doses jusqu'à stupéfaction forcée de la fièvre et des douleurs : telle est l'alternative des malades..... Qu'ont donc d'inconciliables ces deux médications, sinon leur excès ?

En les unissant, on peut, avec une saignée et quelques grammes de sulfate de quinine associé ou non au calomel à petites doses, et, par exemple, avec un gramme et au plus un gramme et demi de sulfate de quinine, et dix ou vingt centigrammes de calomel divisés en huit ou dix pilules administrées une par une de deux en deux heures ; on peut, disons-nous, avec cette inoffensive médication, triompher généralement des rhumatismes aigus les plus intenses, mieux, plus sûrement et aussi promptement que par aucune autre médication exclusive.

Il convient presque toujours de débuter par le sulfate de quinine et de réserver la saignée pour une époque ultérieure, car il n'est pas très-rare de voir les cas les plus aigus céder rapidement à l'action du sel de quinquina, et pouvoir se passer de toute autre médication. Mais si, après quelques jours d'administration du sulfate de quinine avec ou sans calomel, les douleurs articulaires étant déjà calmées, le pouls ralenti continue à être volumineux, vibrant et fébrile, les tissus injectés, la peau chaude, les articulations fluxionnées, etc., on sera étonné du merveilleux effet d'une saignée du bras pour abattre la fièvre et les fluxions articulaires, et terminer la maladie. Elle fait alors ce qu'elle eût été incapable de produire avant l'action du sulfate de quinine. Celui-ci modifie les phénomènes nerveux de la maladie, comme la saignée et le calomel ses phénomènes plastiques et inflammatoires. — Il est fort utile de suspendre tous les deux ou trois jours le sulfate de quinine et de prescrire dans cet intervalle un laxatif, tel que seize grammes d'huile de ricin. On

n'aura pas à renouveler cette précaution bien des fois. Au bénéfice d'une saignée blanche, on joint par là l'avantage d'empêcher la saturation quinique et de rendre une vertu toute nouvelle au précieux médicament sans être obligé d'en élever trop les doses. Ce traitement sera secondé avantageusement par une tisane additionnée de huit grammes d'azotate de potasse ou de douze à quinze grammes de bi-carbonate de soude pour vingt-quatre heures.

Dans le rhumatisme aigu simple et commun, quelque intense qu'il soit, il ne peut jamais y avoir qu'un inconvénient éloigné à exagérer les émissions sanguines, ou à n'en pas faire un suffisant usage. Mais il est des cas où l'emploi outré, de même que l'abstention systématique de ce moyen, peuvent avoir des conséquences immédiatement funestes. Nous voulons parler du rhumatisme articulaire aigu *grave*. Dans cette circonstance, par *grave*, nous n'entendons pas *intense*. Quelque intense qu'un rhumatisme aigu simple puisse être sous le rapport de la véhémence de l'état fébrile, du nombre et de la vivacité des affections locales ordinaires, nous ne le rangeons pas dans la classe des rhumatismes graves. C'est selon son sens nosologique que nous employons ici cette dénomination. Une fièvre grave peut être sans intensité, et une pyrexie quelconque peut avoir un haut degré d'intensité sans être une fièvre grave. Ici, le mot *grave* entraîne l'idée d'une variété particulière de rhumatisme articulaire aigu, d'une modification spéciale de la diathèse rhumatismale par les conditions tout individuelles où se trouve le sujet rhumatisant.

On peut placer dans cette variété les cas suivants :

1° Les rhumatismes aigus où se développent des endocardites compliquées d'un désordre nerveux considérable dans l'action du cœur, et d'une tendance à la formation de concrétions sanguines. Nous pensons, en effet, qu'il faut plus qu'une endocardite pour produire ce formidable accident. Il est accompagné d'une atteinte profonde du système nerveux qui enraie et perturbe les mouvements cardiaques. L'endocardite, la coagulabilité morbide du sang, les formations plastiques dont l'endocarde phlogosé est le siége au niveau des orifices et sur les valvules, font le reste. Mais ces conditions du développement des caillots dans le cœur, seraient impuissantes à produire seules l'effet dont il s'agit. Il ne serait pas impossible qu'une fluxion rhumatismale du cœur lui-même, paralysant jusqu'à un certain point les contractions de l'organe régulateur de la circulation, amenât aussi ce résultat.

2° Les rhumatismes aigus où se développent des suffusions séreuses considérables et suffocantes des plèvres et du péricarde, des pneumonies simples ou doubles avec congestion séro-sanguine, sortes d'œdèmes aigus du poumon qui ont la soudaineté d'invasion des fluxions rhumatismales.

3° Les rhumatismes où l'on voit se déclarer les symptômes d'une méningite qu'on peut appeler rhumatismale, et qui se distingue de la méningite commune en ce qu'elle guérit assez souvent, et que son mode d'invasion, ses symptômes, la forme du délire, etc., ne sont pas ceux de l'inflammation ordinaire de l'arachnoïde.

On nous objectera peut-être qu'il n'y a pas lieu à distinguer spécialement ces différents cas, parce que le nombre, l'intensité, le siége seul des accidents inflammatoires sont la cause de leur extrême gravité. Nous ne sommes pas de cet avis. Nous ne regardons pas, en effet, ces accidents locaux comme des éléments ordinaires du rhumatisme, mais comme des complications. La gravité qu'ils entraînent est inséparable à nos yeux de l'état morbide grave de l'économie qui les a produits. Il n'est pas rare d'observer alors un ou plusieurs des caractères propres aux fièvres graves, tels que la fuliginosité de la langue et des dents, le regard atone, l'émaciation rapide, la stupeur, etc., accidents déjà menaçants avant le développement des graves accidents locaux, et qui démontrent péremptoirement que leur gravité réside autant dans la disposition morbide fâcheuse qu'ils traduisent que dans les troubles fonctionnels consécutifs qu'ils déterminent. D'ailleurs, ces complications ne sont pas là sans cause. La cause elle-même n'est pas dans le rhumatisme simple, mais dans des conditions individuelles qui, associées à la diathèse rhumatismale, se sont manifestées par ces graves épiphénomènes. Ceux-ci sont inséparables, sans doute, du cas particulier où on les observe, mais ils ne sont pas pour cela moins distincts en eux-mêmes. C'est l'œuvre de la pathologie générale de la différencier, comme celle de la clinique de les intégrer, si nous pouvons ainsi dire, et de traiter l'unité morbide indivisible qui en résulte, sans méconnaître l'importante réalité de ses éléments constituans. Telle est précisement la difficulté qui nous intéresse.

Cette difficulté est peu susceptible d'être résolue en préceptes généraux, précisément en raison de la très-grande généralité où le principe est obligé de se tenir, et parce que rien ne peut faire que la perplexité du praticien ne soit extrême en face de semblables cas.

Lorsqu'on constate l'existence de signes qui annoncent la

formation de caillots dans le cœur, il faut suspendre tous les médicaments qui, tels que le sulfate de quinine, la belladone, l'opium, etc..., stupéfient le système nerveux et affaiblissent l'action du cœur. C'est aux émissions sanguines, aux altérants ou antiplastiques, aux révulsifs et quelquefois aux stimulants diffusibles qu'il convient d'avoir recours.

Les saignées générales doivent être faibles afin d'éviter la syncope. Il vaut mieux les répéter à petites doses que de les faire trop fortes. Mais il faut employer plus particulièrement les ventouses scarifiées sur la région du cœur, à la base de la poitrine, ou même dans des points plus éloignés du cœur, et y joindre des ventouses sèches ; en un mot, s'efforcer de dégager autant que possible l'organe opprimé sans affaiblir tout l'organisme. Nous supposons que le médecin assiste en quelque sorte au début de l'accident, alors que l'action du cœur n'est pas encore très-embarrassée, et que les symptômes graves sont dus plutôt à l'enchaînement des forces qu'à leur épuisement. Rien, en pareil cas, ne peut dispenser le médecin de rester au chevet de son malade, ou de le visiter à de très-courts intervalles. Dans ces conjonctures, toute la médecine est là.

Réparer les inconvénients immédiats d'une saignée par des révulsifs ou des stimulants, la renouveler à temps, tout voir, tout apprécier, afin de saisir l'occasion fugitive ; encore une fois, voilà le précepte général qui domine tous les autres. Ici, les formules exactes peuvent être des arrêts de mort.

Dans les cas de rhumatisme grave avec des pneumonies foudroyantes, des épanchements multiples, des symptômes typhoïdes, etc., les émissions sanguines générales, sans être proscrites, ne seront pas répétées autant qu'elles devraient l'être dans des phlegmasies franches. Après une première saignée générale, si elle n'est pas contre-indiquée, les ventouses scarifiées donneront d'aussi bons résultats avec moins de chances fâcheuses. Les révulsifs, le calomel, le tartre stibié, les drastiques, peuvent concourir énergiquement à la résolution. Ces principes de traitement sont tout à fait applicables à la méningite rhumatismale. Dans trois cas que nous avons observés, le sulfate de quinine ne nous paraît pas avoir eu de bien heureux effets. Il est même à peu près certain qu'il a immédiatement aggravé les symptômes sans bénéfice éloigné.

Mais on observe des cas de rhumatisme articulaire aigu où des endocardites, des péricardites, des pleurésies rhumatismales intenses et vivement inflammatoires se développent, sans que se manifestent les symptômes graves dont nous venons de parler.

Dans cette circonstance encore, nous admettons une complication, mais de nature inflammatoire, préexistant chez le sujet, ou dépendant d'une constitution médicale. Ce qui semblerait le prouver, c'est que ces phlegmasies n'ont pas la mobilité rhumatismale. Ce sont les cas où la médication antiphlogistique peut et doit être le plus franchement et le plus largement employée. Alors, on le conçoit, la méthode de M. Bouillaud est héroïque. Elle atteint le but. Dans le rhumatisme simple, même très-intense, elle le dépasse.

Résumons-nous. Toute thérapeutique du rhumatisme articulaire aigu qui ne sera pas basée sur la considération : 1° de son essence chronique; 2° de ses rapports avec l'état goutteux; 3° de l'élément inflammatoire et aigu accidentellement associé à ces deux premiers états; 4° de la pléthore séreuse qui se lie à la fièvre angéioténique rhumatismale et aux plegmasies séreuses du cœur dans cette affection, sera une thérapeutique imprévoyante et mauvaise malgré ses succès immédiats apparents. Voilà pourquoi nos convictions s'étant fortifiées encore depuis quatre ans, nous avons cru devoir entrer dans des considérations de pathologie que nous n'aurions dû omettre dans un traité de thérapeutique, que s'il était d'usage de trouver aujourd'hui la médecine dans les traités de pathologie. Nous espérons que le lecteur ne les regrettera pas, quand il pensera que les affections rhumatismales et goutteuses forment peut-être les trois quarts des maladies chroniques dont on ne meurt pas, et à l'occasion desquelles le médecin a le plus souvent à choisir entre les médications antiphlogistique, tonique et spéciale, quand il ne doit pas coordonner ces trois méthodes, ou s'en servir alternativement dans le même cas et chez le même sujet.

---

3. *Du mode de transmission de la rougeole;* par le docteur P.-L. Panum, de Copenhague (1).

(Archives générales de Médecine, mars 1851.)

En 1846, une épidémie de rougeole envahit les îles Feroé, situées comme on le sait, entre le Schetland et l'Islande. La maladie avait commencé en avril, elle se termina en octobre, et, sur 7,782 habitants, plus de 6,000 furent atteints. Il est vrai de dire que depuis 1781 pas un seul cas de rougeole n'avait été observé. Tous les habitants sans acception d'âge étaient donc

(1) Extrait de *Archiv. f. physiol. Heilkunde*, t. II.

aptes à subir la contagion. Des conditions tout à fait exceptionnelles, et qui méritent d'être signalées, servent encore à expliquer l'énorme extension de l'épidémie. Les îles Feroé sont séparées du reste du monde, non seulement par leur situation géographique, mais par un monopole commercial institué depuis des siècles ; les insulaires n'ont droit de vendre leurs produits qu'au comptoir royal, et c'est là seulement qu'ils peuvent se procurer les objets de consommation dont ils ont besoin. Un pareil isolement a l'avantage de préserver presque complétement le pays des affections contagieuses ; la moyenne de la durée de la vie y est fort élevée, et la plus grande mortalité tombe entre 80 et 90 ans. Les conditions climatériques et le régime diététique sont loin d'être favorables ; aussi est-ce surtout à l'absence des influences épidémiques et contagieuses qu'on doit attribuer le chiffre si peu élevé de la mortalité. Malheureusement, sitôt qu'une maladie contagieuse vient à envahir le pays, la misère profonde de la population lui donne une gravité dont on trouverait à peine ailleurs des exemples, tandis que chez nous la rougeole atteint successivement les enfants, et épargne le plus souvent les adultes, dans les îles Feroé, j'ai vu des villages où, sur 100 paysans, plus de 80 étaient à la fois forcés de garder le lit. Le gouvernement danois fut obligé d'envoyer deux médecins, le docteur Manicus et moi. Les circonstances que j'ai mentionnées, la position toute particulière du pays où il m'était donné d'observer, m'ont permis de recueillir, sur le mode de contagion de la rougeole, des indications qui offriront peut-être quelque intérêt.

Les îles habitées sont au nombre de dix sept, séparées par des détroits que les courants rendent dangereux à traverser. La nature montagneuse du sol a forcé les habitants à se réunir le long des côtes. Il s'est établi ainsi des villages plus ou moins considérables, dont les plus peuplés ne comptent pas au delà de 200 habitants ; le bourg de Thorshavn, siége de l'administration, se compose seul de 800 âmes. Chaque village forme en quelque sorte une famille sans communication avec les localités voisines. L'isolement est poussé si loin, que la présence d'un étranger ou même d'un habitant de quelque village voisin est aussitôt connue de tout le monde, souvent même est notée comme une merveille sur le calendrier, et reste pendant longtemps un sujet de conversation. Les craintes qu'éveilla partout l'épidémie de rougeole rendirent les communications encore plus rares ; je pouvais presque, dans chaque village, suivre la maladie depuis sa première apparition, en constatant son progrès

malade par malade. On comprend quelles facilités exceptionnelles j'avais pour étudier le mode de propagation de la rougeole, pendant les quatre mois que j'employai à parcourir la plupart des îles (13 sur 17).

La durée de la période d'incubation de la rougeole est loin d'être déterminée d'une manière satisfaisante; elle varierait, suivant les auteurs, entre 8, 10 et 14 jours. Des médecins plus réservés se refusent à assigner au premier stade une durée fixe et régulière. Dans les grandes villes, il est impossible de savoir à quel moment précis l'individu a été soumis à l'action contagieuse; il faut, pour obtenir des résultats d'une suffisante exactitude, être placé comme je l'étais aux îles Feroé.

Le premier insulaire atteint de rougeole était un ouvrier qui habite aujourd'hui Thorshavn; il avait quitté Copenhague le 20 mars, était arrivé le 28 parfaitement bien portant; il tomba malade le 1er avril. Environ 14 jours plus tard, ses deux amis les plus intimes furent pris des premiers accidents. Ce cas, dont je n'étais pas témoin, éveilla mon attention, et m'engagea à entreprendre des recherches suivies sur la durée de l'incubation.

Le 4 juin, dix hommes de Tjornevig, montant la même barque, avaient pris part à une grande pêche avec les habitants d'un autre village: le 18 juin, tous étaient affectés de rougeole, après 2 ou 4 jours de prodromes. Ils n'avaient eu de contact qu'avec des pêcheurs de Westmannhavn, convalescents de la même maladie, ou qui, du moins, avaient vécu au milieu d'autres morbilleux. De 12 à 16 jours après l'apparition de l'exanthème chez ces dix individus, presque toute la population du village était sous le coup de l'éruption.

C'était déjà pour moi une raison de soupçonner que la contagion pouvait rester dans l'organisme à l'état latent, ou du moins sans donner lieu à l'exanthème spécifique, pendant une période moyenne de 13 à 14 jours. Je recueillis exactement dans 52 localités les noms des personnes qui avaient les premières été affectées de rougeole, la date de l'éruption, la date de l'invasion chez les habitants auxquels s'était communiquée la maladie. Il serait plus qu'inutile de reproduire ici chacun de ces tableaux; qu'il me suffise de dire que partout les faits confirmèrent ma première supposition: nulle part je ne rencontrai une exception à la règle. Je me contenterai de rappeler sommairement quelques observations qui établissent d'une manière plus frappante les chiffres auxquels je me suis arrêté.

A Hattervig, un jeune homme, le premier atteint, m'assura que l'éruption avait eu lieu chez lui 10 jours après son passage

dans un village infecté. C'était le seul; mais plus tard il démentit lui-même les renseignements mensongers qu'il avait produits. A Fuglefjord, la fille de mon hôte était guérie de la maladie dont les neuf autres membres de la famille avaient été exempts. Je demandai quel jour l'exanthème avait paru chez la jeune fille, et, prenant un calendrier, je soulignai le 14e jour, en les avertissant que cette époque était celle où l'invasion du mal serait aussi à redouter. J'appris, à mon retour, que ma prédiction ne s'était que trop rigoureusement accomplie, l'éruption s'étant manifestée à la fois chez les neuf individus.

Le grand Dimon est une très-petite île habitée seulement par 18 personnes de la même famille. Une barque montée par quelques hommes fit le voyage de Tveraa, où régnait l'épidémie, et où ils restèrent à peine quelques heures. Jusqu'au 10e jour, tous les hommes de l'équipage étaient restés en pleine santé ; au 14e jour, l'éruption paraissait chez tous, et 14 jours plus tard elle se montrait avec la même régularité chez tous les autres membres de la famille.

A Skaalevig, la seule des îles où les maisons soient isolées à d'assez grandes distances, la contagion se répandit moins rapidement; mais en suivant les générations successives, on ne trouve pas moins la confirmation de la règle que j'ai posée.

Je crois donc pouvoir admettre, comme une loi constante, que le *contagium* de la rougeole, une fois introduit dans l'organisme, ne se manifeste d'abord par aucun signe, et qu'après un stade de prodromes dont la durée est indéterminée, l'éruption a lieu le 13e ou 14e jour après l'infection. Sans doute, la constitution des malades, leur régime, etc., hâteront ou retarderont parfois quelque peu l'apparition de l'exanthème ; mais ces influences sont bien moins actives qu'on ne le supposerait *a priori*. Le plus grand écart en deçà ou au delà du chiffre indiqué est tout au plus de vingt-quatre heures. Après la concordance si frappante des observations que j'ai rassemblées dans 52 villages, les exceptions, si elles existent (et je n'en ai pas vu), ne dépendent elles pas de l'insuffisance de l'examen ? Toutes les fois que j'ai été à même de contester les témoignages qui d'abord ébranlaient ma conviction, j'ai trouvé en dernier lieu que, vus de plus près, ils venaient à l'appui de la règle, bien loin de l'infirmer. D'après les expériences instituées à Copenhague, l'incubation de la variole est de 14 jours. L'analogie qu'offrent sous ce rapport les deux affections éruptives me semble donner de l'intérêt à ces observations.

Une circonstance qui jette de l'incertitude dans de semblables

recherches, c'est la durée indéterminée du catarrhe prodromique. Quelques malades souffraient, 6 ou 8 jours avant l'éruption, de toux, de phlegmasie oculaire légère, de mouvement fébrile ; d'autres ne ressentaient ces accidents que de 4 à 6 jours, la plupart même ne les éprouvaient que 2 ou 4 jours avant l'éruption. On n'arrivera à des chiffres exacts qu'en prenant pour points de comparaison le moment du contact et celui de l'efflorescence de la rougeole.

S'il est admis en principe que l'incubation est de 13 à 14 jours; si, d'autre part, des exemples imposants par leur nombre et leur authenticité prouvent qu'habituellement il s'est écoulé juste 13 ou 14 jours entre les premiers symptômes de l'éruption chez un malade, et l'apparition de l'exanthème chez ceux auxquels il a communiqué la maladie, n'est-il pas évident que la contagion a eu lieu à la période d'efflorescence? On est au moins en droit de conclure que la rougeole n'est pas contagieuse tant qu'elle reste à l'état latent. L'est-elle pendant le stade de prodromes? C'est ce qu'il est plus difficile de décider. Sans connaître de faits qui démontrent la possibilité de la transmission durant les simples accidents catarrhaux, je ne serais pas en mesure d'établir le contraire.

On croit assez généralement que la rougeole est surtout contagieuse pendant la desquamation. Sur quelles bases repose cette croyance? Je ne saurais le dire ; quant à moi, je n'ai pas vu un seul cas de nature à me convaincre que la contagion ait lieu durant la desquamation. La transmission, en tenant pour constante la durée que j'assigne à l'incubation, s'est presque toujours, sinon toujours, faite à l'époque où les boutons se développent. Jamais, dans les faits dont j'étais témoin, un individu n'a été atteint de rougeole plus de 14 jours après que l'exanthème avait disparu chez les malades qui avaient pu l'infecter. En un mot, la rougeole est très-contagieuse au début et pendant la durée de l'exanthème; il est douteux, au contraire, qu'elle le soit dans les stades de catarrhe et de desquamation.

En ce qui touche les récidives de la rougeole, il est remarquable que tous les viellards des îles Feroé, qui avaient été atteints durant l'épidémie de 1781, et ils étaient encore nombreux, furent préservés en 1846; j'en puis citer pour ma part une centaine. Cette observation est d'autant plus concluante que l'âge même très-avancé ne diminuait en rien l'aptitude à contracter la maladie. Autant que je sache, les individus très âgés, qui n'avaient pas été exposés à la première invasion, subirent

tous la contagion; tandis que certains jeunes gens, vivant au milieu des malades, étaient épargnés.

Le degré d'intensité qu'il convient d'attribuer au principe contagieux de la rougeole est loin d'être défini ; les faits suivants jetteront peut-être quelque jour sur cette question. Le 2 juin, une embarcation fit le voyage de Funding à Klaksvig, pour aller chercher des marchandises ; les acheteurs ne purent recevoir livraison qu'après avoir aidé au déchargement d'un navire sur lequel étaient des gens tout récemment guéris de la rougeole, qui d'ailleurs régnait dans le port. Les gens de Klaksvig n'entrèrent dans aucune autre maison que celle du comptoir. A leur retour, ils jetèrent les enveloppes de leurs marchandises, se lavèrent soigneusement, prirent d'autres habits, etc.; aucun ne fut atteint avant le 3 juillet, date de l'invasion de la maladie à Klaksvig. Cinq habitants de Nordre-Gjov, qui ne s'étaient pas, à leur retour, soumis aux mêmes précautions, après avoir subi les mêmes influences, furent atteints le 14e jour après qu'ils s'étaient exposés à la contagion.

Lors de mon arrivée à Klakvig, la frayeur était telle que personne n'osait m'approcher, bien que ce soit une opinion reçue dans les îles, que les médecins ne transportent pas de miasmes contagieux. Trois semaines avant la Pentecôte, le chirurgien du pays, appelé pour donner ses soins, avait dû passer la nuit dans le village; la rougeole apparaissait 14 jours plus tard dans la maison où il avait séjourné. On ne pouvait rapporter à une autre cause le développement de la maladie, car pas un habitant ni de la maison ni du pays n'avait eu de communication avec un lieu infecté, et il n'était pas venu d'autre étranger dans le village. A Midtvaag, la rougeole fut importée par une sage-femme qui avait soigné des malades dans une île voisine. La jeune fille qui lava le linge de la sage-femme fut la première atteinte.

Ces faits conduisent à attribuer à la rougeole une puissance contagieuse plus élevée que celle qu'on lui suppose.

Quelle que soit la valeur des simples précautions prophylactiques, il est pour pour moi hors de doute que l'isolement est le plus sûr moyen d'arrêter le développement du mal. Ainsi on a réussi, dans plusieurs villages, à préserver des maisons en interrompant toutes communications. Je citerai à Saxen 2 familles ; à Midtvaag, 10 ; à Sandevaag, 10; à Thorsvig, la moitié du village. Diverses localités furent sauvées par un cordon sanitaire rigoureux, leur population variant entre 26 et 240 habitants.

On peut estimer à près de 1500 les insulaires qui durent leur salut à l'établissement des quarantaines.

Sur 6,000 cas, dont j'ai vu et traité plus de 1,000, il n'en est pas un qui autorise à admettre l'existence de miasmes morbilleux. Partout la maladie se propageait d'homme à homme, de village à village ; la contagion médiate ou immédiate était évidente. Les deux médecins qui pratiquent aux îles Feroé regardaient la rougeole comme de nature miasmatique, et comme susceptible de se transmettre par l'air atmosphérique ; aussi aucune précaution administrative ne fut prise, au début de l'invasion, pour empêcher les communications et prévenir l'extension du mal. L'expérience avait déjà appris, en 1781 combien les quarantaines pouvaient rendre de services ; on n'essaya d'y recourir que quand il n'était plus temps. Il est à espérer que l'expérience si chèrement acquise en 1846 profitera davantage. La nature exclusivement contagieuse de la rougeole est si clairement prouvée, que le praticien manquerait, suivant moi, à son devoir, s'il n'agissait pas en conséquence.

---

4. *De l'hépatalgie;* par M. le docteur Eugène Guibout.

(L'Union médicale, Nos 38 et 39 ; 1er et 3 avril 1851.)

De toutes les affections nerveuses viscérales, il n'en est aucune assurément, qui soit restée jusqu'à nos jours plus obscure, plus incertaine, disons-le même, plus méconnue que la névralgie du foie. L'hépatalgie était cependant indiquée et décrite par les anciens auteurs ; mais dans tout ce qu'ils nous en disent, combien d'erreurs ! quelle confusion ! quel chaos !

Ainsi, pour Sauvages, toute lésion organique du foie, autre que l'hépatite, révélée par une douleur apyrétique, constituait une hépatalgie. (Sauvages, *Nosol. meth.*, t. II, p. 522, traduct. franç., édit. in-8°.) Portal (*Traité des maladies du foie*, p. 15, Paris, 1813) envisage de même l'hépatalgie, comme une douleur sans fièvre, exprimant un état pathologique du foie.

J. Franck reconnaît six classes ou espèces d'hépatalgie : 1° *traumatique*; 2° *inflammatoire*; 3° *rhumatique* ; 4° *bilieuse* ; 5° *nerveuse*; 6° *vermineuse*. Cette dernière serait produite par des vers développés dans l'organe, comme la douve, aussi bien que par des vers intestinaux qui auraient passé dans les voies biliaires. Il suffit, dit M. Valleix, de citer cette division pour montrer combien d'affections diverses comprend cette prétendue

névralgie hépatique. (Valleix, *Guide du médecin-praticien*, 2e édit., t. III, p. 237.)

Les auteurs du *Dictionnaire de médecine en 21 volumes*, et plus tard ceux du *Répertoire général des sciences médicales*, paraissent ignorer l'hépatalgie, même de nom, car ils ne la mentionnent nulle part; ils se contentent d'y faire une allusion, trop vague pour avoir quelque valeur, dans ces lignes si empreintes de doute et d'incertitude : « Elle réside (la névralgie) vraisemblablement aussi, dans les nerfs viscéraux, mais les phénomènes qui peuvent en résulter n'ont pas été jusqu'à présent déterminés d'une manière assez précise pour qu'on puisse bien déterminer les symptômes qui sont propres à la névralgie qui siége dans telles ou telles irradiations de ces troncs nerveux. C'est par induction seulement qu'on a émis diverses opinions à ce sujet; ainsi on a attribué à une affection douloureuse des nerfs..... la cardialgie, certaines coliques..... *Répert. gén. des sc. méd.*, t. XXI, p. 5.)

Et cependant, avant ces auteurs, M. Jolly avait donné, dans le *Dictionnaire en 15 vol.* (t. IX, p. 792), une bonne définition de l'hépatalgie; et M. Andral en avait fait également ressortir le caractère essentiellement nerveux et exempt de lésion organique. (Andral, *Clin. méd.*, t. IV, p. 194.)

MM. Monneret et Fleury admettent l'hépatalgie, ils en rapportent même une observation dont ils ont été témoins; mais cette observation est très-incomplète, elle manque des détails suffisants pour être concluante, aussi la terminent-ils en laissant percer un doute évident sur l'existence même de la névralgie du foie dans le cas dont ils viennent de parler. *Compend. de méd.*, t. IV, p. 531.)

Citons enfin un homme qui a glorieusement attaché son nom à l'histoire des névralgies. Voici comment, sur le sujet qui nous occupe, s'exprime M. Valleix dans la deuxième édition du remarquable ouvrage du *Guide du Médecin praticien* (t. III, p. 236-237; Paris, 1850) :

« J'arrive à une affection dont l'existence est loin d'être démontrée d'une manière bien positive. On trouve, il est vrai, dans tous les auteurs, une description plus ou moins étendue d'une affection consistant principalement dans une douleur aiguë, violente, ayant son siége dans l'hypochondre droit, et souvent s'irradiant bien au-delà. Mais on chercherait en vain un travail critique de nature à démontrer positivement que la source de la douleur se trouve dans le plexus hépatique..... aucune preuve de ce genre n'existe..... On voit donc, d'après tout ce que je viens de dire, qu'avant d'admettre l'existence de cette affection,

il faudrait absolument avoir de nouvelles recherches bien précises..... etc..... »

Cette rapide excursion sur le terrain de la bibliographie suffit assurément pour établir d'une manière incontestable que la science n'est pas encore faite relativement à l'hépatalgie. Or, pour assurer à cette affection la place qu'elle doit occuper dans les cadres nosologiques, il faut la détacher des autres affections avec lesquelles on l'a confondue jusqu'à ce jour, et en particulier de la *colique hépatique*, de la *gastralgie*, de la *névralgie intercostale*; il faut montrer qu'elle a des traits spéciaux et caractéristiques à l'aide desquels on peut la distinguer et la reconnaître; il faut enfin signaler ses causes, probables au moins, et son traitement. Telle est la tâche que nous nous sommes imposée dans ce travail, basé sur un seul fait, il est vrai, mais du moins sur un fait du plus grand intérêt et que nous avons étudié avec tout le soin dont nous sommes capable. Nous allons d'abord rapporter ce fait dans tous ses détails, et ensuite, dans une appréciation critique, nous jugerons sa valeur au point de vue du diagnostic.

Le 21 décembre dernier, nous fûmes appelé en toute hâte auprès de Mme ***, en proie à une crise douloureuse d'une acuité excessive. Cette femme demeure à Paris, elle est fabricante de bordures de châles; elle a 40 ans environ. Son tempérament est lymphatico-sanguin; sa constitution est forte, robuste même; son système musculaire est bien développé. Son habitude extérieure offre toutes les apparences de la santé; elle a toujours été, en effet, très-bien portante; jamais elle n'a été atteinte de maladie de quelque nature que ce soit, et notamment de jaunisse. Réglée à 18 ans, elle le fut toujours avec beaucoup de régularité; la durée de l'époque menstruelle est de quatre à cinq jours; le sang est épais, riche en globules; l'écoulement s'en opère facilement sans coliques ni tranchées bien notables; la quantité en est un peu diminuée depuis deux ans que la vie de Mme *** est devenue plus sédentaire. Il n'y a que très-peu ou pas de tout de leucorrhée.

Les fonctions digestives ont toujours été très-normales; l'appétit, toujours bon, n'a jamais offert de ces anomalies et de ces caprices inhérents à la gastralgie; les digestions se sont toujours faites sans difficulté, et sans accompagnement de douleur ou de gêne épigastrique; il n'y a pas eu habituellement de constipation. La nourriture a toujours été saine et suffisamment abondante; la malade n'a jamais été dans la nécessité de se soumettre à un travail immodéré ou à des privations; son logement est vaste et bien aéré.

Mme *** s'est mariée à 25 ans environ ; elle a eu deux enfants ; ses couches n'ont rien présenté de remarquable. Cependant la dernière, qui eut lieu il y a quatre ans et demi, doit fixer notre attention : huit jours seulement après être accouchée d'une manière très-heureuse, Mme ***, dont l'état était on ne peut plus satisfaisant, fut obligée de se lever et de faire à pied une longue course en portant un fardeau d'une trentaine de livres. Elle rentra chez elle exténuée de fatigue, avec des tiraillements dans les deux flancs et un sentiment de pesanteur sur les deux cuisses. Depuis cette époque, elle conserva un abaissement considérable de la matrice. Disons tout de suite, pour n'y plus revenir, que nous avons constaté cet abaissement. Le doigt rencontre le col utérin à un pouce au-dessus de l'orifice vaginal, et repousse très-facilement la matrice jusqu'à sa hauteur normale.

Mme *** a l'habitude de travailler assise, très-fortement inclinée sur son côté gauche ; or, peu de temps après avoir contracté l'abaissement dont nous venons de parler, et quand elle eut repris ses occupations, elle sentit à l'hypochondre droit une douleur assez vive, analogue à un tiraillement. Cette douleur, très-profonde, ne l'empêchait pas de se mouvoir ni de se livrer à son travail, seulement la position inclinée à gauche en augmentait l'intensité.

Les choses se passaient ainsi depuis trois ou quatre mois, sans qu'aucun traitement eût été employé, et sans qu'aucun autre accident se fût manifesté, quand tout à coup, à la suite d'une colère, la douleur de l'hypochondre, très-supportable jusque là, devint d'une violence telle, qu'elle arracha des cris à la malade. Cet accès, pendant lequel deux ou trois vomissements se produisirent, se renouvela sans vomissements les jours suivants et disparut au bout de quatorze à quinze jours, après une forte application de sangsues et des bains prolongés. Quand le calme fut rétabli, le médecin palpa l'hypochondre avec beaucoup de force et déclara, nous dit la malade, que le foie était attaqué.

Depuis lors, près de quatre années se sont écoulées avec une santé parfaite, sans trouble aucun des fonctions physiologiques, mais avec persistance de la douleur de l'hypochondre droit. Cette douleur a conservé pendant tout ce temps son caractère primitif, toujours exactement dans la même place, toujours profonde, consistant en tiraillements, avec quelques élancements aigus et fugitifs, mais n'ayant jamais mis Mme *** dans la nécessité de se soigner et de faire trève à ses occupations.

Tels sont les principaux renseignements que nous avons recueillis sur les antécédents de notre malade ; c'est à dessein que

nous avons insisté sur quelques-uns d'entre eux, car ils nous seront indispensables pour établir notre diagnostic.

Cela posé, revenons à l'état dans lequel Mme *** s'offrit à nous le 21 décembre 1850, lors de notre première visite.

Elle était sur son lit, poussant des cris qui lui étaient arrachés par des douleurs atroces. Ces douleurs avaient leur point de départ et leur intensité la plus grande dans l'hypochondre droit, et de là s'irradiaient, en s'affaiblissant, jusqu'au creux égipastrique; elles consistaient en tiraillements et en élancements si violents, qu'il semblait à la malade qu'on lui arrachait les entrailles. Elle sentait parfaitement que ces douleurs étaient profondes, intérieures, et qu'elles n'étaient que l'exagération de la douleur habituelle.

Cet accès avait commencé brusquement, à la suite d'une scène d'emportement ; quand nous sommes arrivé, il durait depuis une demi-heure environ. La malade était tantôt inclinée sur son côté droit et dans l'immobilité, tantôt au contraire elle se tordait, dans les paroxysmes les plus violents, au point que deux personnes avaient peine à la maintenir. Ces paroxysmes étaient assez fréquents, ils reparaissaient toutes les dix minutes environ, et duraient de une à deux minutes, terme moyen. Pendant ce temps là, la malade poussait des cris, s'agitait d'une manière désordonnée et demandait qu'on la fît mourir pour la soustraire à ses tortures. Dès qu'il y avait un peu de rémission, elle se penchait immédiatement sur son côté droit, où elle sentait toujours sa même douleur, exaspérée, et toujours prête à lui occasionner un nouvel accès.

Il y eut, en notre présence, deux vomissements de matières verdâtres exclusivement bilieuses. Il y avait eu, le matin même, une garderobe normale, comme tous les jours ; par conséquent pas de constipation. La langue était large, humide, rose ; les gencives et les lèvres étaient également d'un rose vif : la face était animée, sans aucune arrière-teinte jaunâtre ; les sclérotiques étaient seules très-légèrement nuancées d'un jaune presque imperceptible, tant il était clairsemé. Les membres, la poitrine, l'abdomen avaient une coloration tout à fait normale, sans rien d'ictérique. Il n'y avait pas d'urines. Le pouls était à 76, 80, 70, sans caractère fébrile.

La palpation, et même la pression étaient facilement supportées et n'éveillaient aucun point douloureux, ni en arrière, auprès de la colonne vertébrale, au niveau du trou de conjugaison, ni en avant, au niveau du *rameau perforant antérieur*, c'est-à-dire dans l'espace compris entre le bord du sternum, et le point

d'union des côtes avec leur cartilage ; ni enfin sur les côtés, c'est-à-dire suivant le trajet d'une ligne qui, partant du creux de l'aisselle, viendrait tomber sur l'épine iliaque antérieure et supérieure. La pression n'était vraiment douloureuse qu'à l'endroit de la douleur ordinaire, et encore fallait-il qu'elle fût assez forte pour atteindre le siége du mal. N'oublions pas de dire que jamais la douleur ne se propagea hors des limites de l'hypocondre, si ce n'est pour s'irradier jusqu'à l'épigastre ; ainsi, jamais elle ne descendit vers les parties inférieures du ventre.

Cette crise dura encore une heure au moins, à partir du moment de notre arrivée. Pendant tout ce temps nous ne quittâmes point la malade, nous pûmes donc l'observer minutieusement. Son agitation était trop grande pour que nous pussions songer à la mettre dans un bain. Nous lui fîmes des onctions laudanisées sur toute la région douloureuse, que nous recouvrîmes ensuite d'un large cataplasme émollient très-chaud, laudanisé lui-même, et que nous fixâmes d'une manière très-serrée avec un bandage de corps. En même temps, toutes les cinq minutes nous donnions, par cuillerée, une potion fortement narcotique et antispasmodique. Nous nous retirâmes, après avoir prescrit : un lavement avec le camphré et l'assa-fœtida. Les choses étaient alors presque revenues à l'état ordinaire, à l'exception de la douleur de l'hypocondre, qui était restée beaucoup plus vive qu'habituellement. La malade se trouvait dans une prostration excessive.

Quatre heures après cette première visite, nous fûmes rappelé, Mme *** venait d'être reprise d'une crise nouvelle. Nous nous rendîmes immédiatement auprès d'elle, nous y restâmes encore une heure environ ; les phénomènes que nous observâmes furent tout à fait les mêmes que ceux de la première crise ; nous les avons exposés tout au long, nous n'y reviendrons pas. Seulement il n'y eut pas cette fois de vomissement. Le lavement avait été rendu ; les matières, soigneusement conservées d'après notre recommandation expresse, étaient liquides, d'un noir verdâtre, avec quelques flocons muqueux ; on n'y trouvait pas la moindre trace, le plus petit fragment de calcul, les urines étaient claires, transparentes, sans aucun sédiment.

Les accès de cette crise furent aussi douloureux que ceux de la première. Nous les combattîmes par les mêmes moyens. (Potion avec le musc, le castoréum, l'eau de laurier cerise et le sirop d'éther, administrée par cuillerée, toutes les cinq minutes ; quart de lavement avec 20 gouttes de laudanum de Sydenham ; onctions laudanisées, et cataplasmes laudanisés très-chauds sur l'hypochondre.)

Au bout de trois quarts d'heure de cette médication, nous obtînmes un peu de calme; nous en profitâmes pour faire sur l'hypocondre et jusque sur la région épigastrique une application de quinze ventouses scarifiées. Nous recouvrîmes ensuite toute cette surface d'un large cataplasme fortement laudanisé, et nous prescrivîmes, pour la nuit, un nouveau quart de lavement avec 20 gouttes de laudanum, la continuation de la portion antispasmodique, et pour tisane une infusion de tilleul et de feuilles d'oranger.

Le lendemain matin (22 décembre), la nuit a été assez calme, persistance de la douleur de l'hypochondre à un degré beaucoup plus fort qu'habituellement; pouls à 70; visage naturel, sans aucune teinte ictérique; langue rosée et humide sur ses deux faces; urines limpides. (Même traitement). Le soir, à six heures, une nouvelle crise se déclare, nous sommes appelé : mêmes phénomènes et toujours avec autant de violence que la veille. Les urines sont toujours claires; il n'y a pas eu de garderobe dans la journée ni de vomissements pendant la crise. Nous prescrivons la potion purgative suivante, à prendre en deux fois, à une demi-heure de distance : huile de Ricin 50 grammes, sirop de Nerprun 50 grammes, eau de menthe 120 grammes.

Le 23, de grand matin, on vient nous chercher : une nouvelle crise a lieu; nous constatons toujours les mêmes phénomènes, et toujours avec la même violence. La malade nous conjure à grands cris, ou de la faire mourir ou de la soulager ; elle se tord dans les plus atroces douleurs; elle a un vomissement de matières bilieuses. Nous administrons immédiatement, et à doses très-rapprochées, une nouvelle potion dans laquelle nous faisons entrer à la fois : l'extrait de valériane, l'extrait d'opium, l'eau de laurier-cerise et le sirop de belladone. Les accès ne diminuèrent et ne disparurent qu'au bout d'une demi-heure au moins. La purgation de la veille avait amené trois garderobes que nous examinâmes avec grand soin : elles étaient liquides, verdâtres, sans aucune concrétion biliaire. Les urines étaient claires et transparentes comme de coutume. (Pour prescription 40 sangsues sur l'hypochondre droit et ensuite un grand bain tiède rendu narcotique par l'addition d'une décoction de feuilles de jusquiame et prolongé, autant que possible, quatre ou cinq heures.)

Vers midi, la malade, après l'application des sangsues, qui ont bien saigné, se trouvait au bain depuis deux heures environ, quand une deuxième crise se déclare; on la remet au lit avec la plus grande peine. Nous la trouvons toujours avec les mêmes douleurs. Un lavement où nous faisons entrer 4 grammes d'assa-

fœtida et 30 gouttes de laudanum; des embrocations d'huile de camomille camphrée, sur toute la partie douloureuse et l'usage d'une nouvelle potion, avec l'extrait de stramoine, l'extrait de belladone et le sirop d'éther ne produisent un peu de calme qu'au bout de plus d'une demi-heure.

A 10 heures du soir, le même jour, même crise, même médication.

Le 24 au matin; la nuit a été assez bonne, cependant il n'y a pas eu de sommeil, à cause de la douleur de l'hypochondre, qui est continue et très-vive. La malade a pris, vers trois heures du matin, un potage gras qui a été bien digéré. Les urines sont toujours belles ; il n'y a pas eu de garderobe. (Une bouteille de limonade Rogé, à 50 grammes, et ensuite du bouillon aux herbes.)

Le soir : la journée s'est passée sans crise; il y a eu quatre selles verdâtres, bilieuses, sans aucune concrétion solide ; la douleur de l'hypochondre est toujours la même. La malade a mangé une soupe.

Le 25, vers neuf heures du matin, nouvelle crise, après laquelle nous prescrivons l'application, sur l'hypochondre droit, d'un très-large vésicatoire camphré.

Le 26, il y a deux crises dans la journée, toujours aussi douloureuses, mais un peu moins longues.

Le 27, la malade prend une bouteille de limonade purgative à 50 grammes : il y a cinq garderobes, toujours verdâtres et sans apparence de concrétion biliaire. Une seule crise a lieu vers trois heures après midi.

Le 28, une seule crise à huit heures du soir.

Le 29, quatre crises dans la journée, moins violentes que celles des jours précédents; un vomissement bilieux a lieu pendant l'une de ces crises.

Le 30, une garderobe naturelle et deux crises moins longues et moins douloureuses.

Le 31, bain de deux heures, suivi d'une crise très-violente.

Le 1er janvier, la douleur de l'hypochondre étant toujours très-vive, nous repoussons avec le doigt la matrice à sa hauteur normale et nous l'y maintenons plusieurs minutes; la malade s'en trouve soulagée : elle nous déclare que sa douleur est moins vive.

Le reste de la journée se passe sans crise : un lavement émollient amène une garderobe liquide et toujours verdâtre.

Le 2, nous appliquons un pessaire ; la malade s'en trouve bien : elle nous répète que sa douleur est diminuée.

Le 3, la malade nous dit qu'elle n'a pas pu se résigner à conserver son pessaire, à cause de la gêne qu'il lui occasionnait; elle ne veut pas non plus de ceinture hyopgastrique. Elle a eu dans la soirée une crise qui n'a pas duré plus d'un quart d'heure. Elle continue toujours l'usage de potions antispasmodiques et calmantes et d'embrocations huileuses laudanisées et camphrées sur tout l'hypochondre droit. Elle prend aussi deux quarts de lavement avec le camphre, l'assa-fœtida et le laudanum.

Le 4, il y a eu une crise assez forte.

Le 5, la malade a conscience qu'elle est mieux; il y a eu une garderobe spontanée, verdâtre, semi-solide : la douleur de l'hypochondre est beaucoup moindre.

Le 6, diminution progressive et bien marquée de la douleur de l'hypochondre; la malade se lève, elle mange avec assez d'appétit; son teint n'est pas jaune, ses urines sont toujours limpides.

Le 10, la malade a repris son travail depuis hier, elle se sent bien; sa douleur d'hypochondre est à peine sensible; elle est moindre qu'autrefois, et notamment qu'avant les crises qu'elle vient d'éprouver.

La région du foie, que nous avons palpée ce jour là longuement et d'une manière plus complète que précédemment, n'était le siége d'aucune tumeur; le foie ne dépassait pas les fausses côtes; la pression était supportée très-facilement, seulement elle éveillait encore une douleur profonde dans l'hypochondre.

Le 30 février suivant, nous avons revu Mme ***; son état était satisfaisant. La douleur de l'hypochondre persistait toujours avec le caractère de tiraillements, mais sans aucune acuité.

Tels sont les symptômes que nous a offerts notre malade. Cherchons maintenant, par une appréciation critique, à établir leur valeur au point de vue du diagnostic.

Or, la première affection à laquelle nous avons songé, fut l'état calculeux de l'appareil biliaire, et la colique hépatique.

« Les deux signes pathognomoniques de cette affection (dit Petit), sont : 1° l'expulsion d'un ou de plusieurs calculs par les selles; 2° la sensation de frottement et de crépitation que produisent les calculs en se heurtant les uns contre les autres, lorsqu'à l'aide de la main appliquée sur la paroi du ventre, on cherche à produire cette collision. » — Ces deux caractères ont manqué absolument dans le cas que nous venons de rapporter; jamais nous n'avons vu dans les garderobes la moindre trace de calculs; jamais nous n'avons constaté à l'hypochondre droit ni tumeur, ni crépitation.

Strack fait observer que, dans la maladie calculeuse, la douleur reste rarement limitée au creux de l'estomac; elle s'étend, dit-il, à tout le ventre, change de lieu, quand le calcul vient à se déplacer, et simule des coliques intestinales. Quelquefois, elle s'irradie le long des uretères, et peut faire croire à une néphrite albumineuse. Durande cite des observations dans lesquelles elle s'est propagée jusque dans les bras et le bassin. — Dans notre cas, au contraire, la douleur a constamment été fixée à l'hypochondre droit; dans les paroxysmes les plus violents seulement, elle s'est propagée jusqu'à l'épigastre, mais jamais elle n'est descendue vers les régions inférieures du ventre.

Dans la colique hépatique, disent MM. Monneret et Fleury, la face est altérée ; les yeux battus ; les vomissements continuels ; la gorge sèche et brûlante; la plus petite quantité de liquide ne peut être gardée ; la bouche est pâteuse, amère ; les urines jaunes, épaisses ; la sueur colore souvent le linge en jaune ; la teinte jaunâtre de la peau est un symptôme assez fréquent; l'ictère peut être permanent ou passager ; les matières fécales sont grises ou décolorées. — Chez notre malade, au contraire, la face a toujours été naturelle ; jamais elle n'a offert ce caractère d'altération désignée sous le nom de *face grippée*, et qui se rencontre dans presque toutes les affections abdominales. Les vomissements ont été plutôt l'exception que la règle ; la langue a toujours été large, rosée, humide ; les urines claires, et sans aucun sédiment, les matières fécales verdâtres ; jamais il n'y a eu ni constipation ni teinte ictérique.

Cet examen comparatif suffit pour nous donner le droit de conclure *que nous n'avons pas eu affaire à une affection calculeuse, ni par conséquent, à une colique hépatique.*

Aurions-nous été aux prises avec *une gastralgie?* Non, car notre malade, d'un tempérament robuste, d'une santé à toute épreuve, a toujours été exempte de ces mille et une petites infirmités, compagnes ordinaires de la gastralgie : ainsi jamais ni dysménorrhée, ni leucorrhée; jamais de ces caprices, ou de ces dérangements des fonctions digestives, pathognomoniques de la névrose gastrique. L'appétit a toujours été normal ; les digestions constamment bonnes et faciles, quels que soient les aliments ingérés. Jamais de gêne ou de pesanteur à l'épigastre, qui, dans l'état habituel, reste complétement étranger à la douleur continue de l'hypochondre ; il n'y participe que d'une manière secondaire, et à titre de voisinage, lorsque dans les paroxysmes les plus violents, cette douleur s'est propagée jusqu'à lui.

Nous pouvons donc encore conclure *que la maladie que nous avons décrite n'est point une gastralgie.*

Elle n'est pas non plus une *névralgie intercostale.*

En effet, dans cette affection, ainsi que M. Valleix l'a parfaitement établi, la douleur, au lieu d'être diffuse, est limitée à trois point : 1° le point *vertébral* ou *postérieur* ; 2° le point *antérieur* ou *sternal* ; 3° le point *latéral.* Ces points sont circonscrits à un espace peu considérable, et n'occupent, d'après M. Valleix, qu'un intervalle de 2 à 6 centimètres d'étendue (Valleix, *Traité des névralgies*, p. 258) ; la douleur s'y éveille, dans toute son acuité, par la palpation. — Or, rien de semblable n'existait chez notre malade.

Dans le plus haut degré de la névralgie, disent MM. Monneret et Fleury, les douleurs se développent dans les ramifications que la branche intercostale antérieure envoie à la peau. Dans ce cas, lorsqu'on touche ou qu'on soulève légèrement la peau, on excite une vive douleur. (*Compendium.* t, VI, p. 197.) — Dans notre observation, la douleur était assurément portée aussi loin que possible ; or, jamais la peau n'a été le siége d'aucune hypéresthésie, même pendant les accès les plus violents, nous l'avons constaté bien des fois. La palpation, pour être douloureuse, devait être une pression assez forte pour retentir jusqu'aux viscères sous-jacents ; et, d'ailleurs, la malade sentait parfaitement que sa douleur était profonde et intérieure. Ajoutons encore que la névralgie intercostale siége beaucoup plus souvent à gauche qu'à droite, puisque M. Nicod a trouvé que la différence des deux côtés est de 15 à 1 (*Nouv. Journ. de méd. de chirurg. et de pharm.*, p. 247). Ce fait pathologique, auquel l'autorité et les nombreuses observations de M. Valleix et de M. Bassereau, ont donné force de loi, est un argument qui a bien sa valeur, et qui, joint à ceux plus concluants exposés avant lui, nous autorise à établir que la maladie de Mme... *n'était point une névralgie intercostale.*

Il est inutile, maintenant, que nous passions en revue d'autres affections, pour y trouver des caractères se rapportant à celle que nous avons décrite. Ainsi, nous n'en verrions aucun dans la *colique néphrétique*, dans les *lésions organiques du foie*, dans la *péritonite péri-hépatique*, dans le *rhumatisme des parois thoracique et abdominale.* Nous avons démontré que la maladie dont nous avons exposé les symptômes, ne pouvait être ni une *colique hépatique*, ni une *gastralgie*, ni une *névralgie intercostale*, seules affections qui nous ont paru avoir quelques traits de res-

semblance avec elle ; donc nous avons eu affaire, et ici la conséquence nous semble forcée, à une *hépatalgie*.

Nous pensons que la cause de cette *hépatalgie* se rattache au dérangement survenu dans la matrice. Peut-être aussi se rapporte-t-elle, d'une manière plus prochaine, à des tiraillements éprouvés par le ligament suspenseur du foie. En effet, rappelons-nous que Mme... a l'habitude de se tenir fortement inclinée sur son côté gauche ; sa matrice est dans un abaissement très-prononcé ; or, que résulte-t-il de cette double anomalie ? Une augmentation bien évidente et bien réelle dans l'étendue verticale des cavités abdominale, iliaque et pelvienne, mesurées du côté droit. Cette modification a pour conséquence nécessaire un vice dans les rapports des viscères les uns avec les autres. Le foie, le plus lourd, le plus volumineux de ces viscères, n'est plus soutenu, d'une manière aussi exacte, par les organes placés au-dessous de lui ; donc, tiraillements pour son ligament suspenseur, et par suite, tiraillements aussi et irritation continuelle pour les nerfs du plexus hépatique.

Ces considérations étiologiques ne sont pas une hypothèse sans fondement ; car, n'oublions pas que les premières douleurs de l'hypochondre apparurent après l'abaissement de la matrice, aussitôt que la malade fut en état de reprendre son travail.

Après tout ce qui précède, nous nous croyons en droit d'établir les propositions suivantes, suffisamment démontrées :

1° L'*hépatalgie*, ou névralgie du plexus hépatique, existe réellement comme entité morbide, et constitue une affection à part, et tout à fait distincte de celles avec lesquelles on l'avait confondue jusqu'à ce jour.

2° Sa cause, dans le cas que nous avons observé, se rattache, comme il arrive pour beaucoup de névralgies de la femme, à un désordre survenu dans l'appareil utérin, et très-probablement aussi à des tiraillements du ligament suspenseur du foie.

3° L'hépatalgie nous a présenté, comme beaucoup de névralgies, deux ordres de symptômes ; les uns fixes, permanents, les autres accidentels. Les premiers ont consisté en une douleur profonde, continue, datant de quatre ans, sous forme de tiraillements, ne nuisant à aucune des fonctions physiologiques, et concordant avec une santé parfaite. Les seconds ont été des accès d'une violence excessive, survenant tout à coup, sans fièvre, et dont la succession a constitué une attaque qui a duré de quatorze à quinze jours.

4° Les moyens que nous avons employés comme traitement, et qui nous ont paru les plus propres à combattre les accidents,

ont été : 1° à l'intérieur, des antispasmodiques, des stupéfiants et et des narcotiques, à haute dose, pris en potion, en tisanes et en lavements, alternés avec quelques purgatifs ; 2° à l'extérieur, des saignées locales, faites de manière à obtenir en même temps une déplétion brusque et considérable, et une dérivation énergique. Un large vésicatoire volant, des applications émollientes et narcotiques très-chaudes, maintenues avec un appareil aussi serré que possible. Dans l'intervalle des accès, de grands bains légèrement narcotiques et longtemps prolongés.

---

5. *Paralysie idiopathique. — Galvanisation avec les appareils de M. Duchenne* (de Boulogne).

(L'Union médicale, N°s 53 et 54 ; 6 et 8 mai 1851.)

Au n° 26 de la salle Sainte-Marthe est couchée une femme de 53 ans, la nommée Lambert ; la constitution est détériorée ; son habitude extérieure annonce la souffrance ; elle est d'une maigreur presque morbide, et pourtant, nous dit-elle, sa santé a toujours été bonne. Sa première jeunesse n'a été marquée par aucune maladie. Vaccinée, elle n'a jamais eu la variole ni aucune autre affection éruptive ; la menstruation s'est établie à 13 ans avec facilité, et a continué toujours avec la plus grande régularité jusqu'à l'âge de 52 ans, époque à laquelle elle se supprima sans déterminer de trouble dans la santé. Il y a, par conséquent, trois ans que la malade n'est plus réglée.

A l'âge de 17 ans, elle se maria ; sa première couche eut lieu à 18 ans, elle fut bonne, ainsi que les deux autres.

Le caractère de notre malade a toujours été du plus grand calme ; jamais elle n'a présenté aucun phénomène qui eût trait à l'hystérie ; elle affirme avoir été toujours parfaitement maîtresse d'elle-même, n'avoir jamais éprouvé ni émotion bien vive, ni chagrin bien cuisant. Sa profession a toujours été assez douce ; elle vendait de la mercerie ; et depuis quelques années, elle était allumeuse de cierges à l'église Saint-Merry.

Il y a cinq semaines, sans aucune cause appréciable, céphalalgie, fatigue, refroidissement, ou accident de quelque nature que ce soit, elle sentit des fourmillements dans les orteils de son pied gauche. Ces fourmillements, légers et fugitifs d'abord, devinrent bientôt continus ; ils se compliquèrent de picotements et d'élancements analogues à des piqûres d'aiguilles, et ils envahirent successivement, et de proche en proche, le pied et le

membre abdominal gauche tout entier. Ils étaient tellement douloureux, qu'ils empêchaient la malade de poser le pied à terre, et que la nuit, si parfois elle était parvenue à s'assoupir, ils la réveillaient bientôt par leur acuité excessive.

Les choses allèrent ainsi pendant neuf jours consécutifs, au bout desquels les fourmillements et les élancements disparurent pour faire place à une paralysie complète de toute la jambe. Il n'y resta plus ni sensibilité, ni mouvement. La malade la traînait comme un corps inerte, et s'en servait, dit-elle, comme d'une jambe de bois, sans y percevoir aucune sensation douloureuse ou tactile.

Aucun changement n'était survenu dans les fonctions physiologiques; les garderobes et les urines étaient restées normales sous tous les rapports; l'appétit n'avait pas cessé d'être bon.

Un médecin consulté prescrivit trois bains sulfureux qui ne produisirent aucun effet. Au bout d'un mois, la malade se décida à entrer à l'hôpital, où elle fut reçue le 21 avril dernier.

État actuel. — Le volume des deux membres abdominaux est le même; mais la température du gauche est sensiblement plus froide que celle du droit. L'analgésie et l'anesthésie sont complètes : on pince la peau, on y enfonce des épingles, on gratte la plante des pieds, et la malade n'en a pas conscience. Tout mouvement de la jambe et de la cuisse est impossible. Ainsi, la flexion et l'extension de la jambe sur la cuisse, et de la cuisse sur le ventre, ne peuvent s'opérer; la double paralysie et le refroidissement s'étendent depuis l'extrémité des orteils jusqu'au ligament de Fallope, qui semble être une barrière de séparation placée entre les parties vivantes et les parties mortes.

Le 22 avril, M. Briquet prescrit un vésicatoire à la région lombaire.

Le 23, le vésicatoire qui avait parfaitement pris, fut levé, sans qu'il y eût rien de changé dans l'état du membre paralysé.

Le 24 au matin, la paralysie a complétement persisté; le vésicatoire ne l'a modifiée en rien; c'est alors que M. Briquet a recours à la galvanisation. Ce jour-là, en effet, M. Duchenne de Boulogne, avec l'appareil si ingénieux dont il est l'auteur, soumet le membre à un courant d'électricité localisée. D'abord, il n'y a aucune sensation; la malade ne sent rien absolument. Mais bientôt après ces premiers instants d'insensibilité, elle éprouve ces picotements désagréables, ces agacements, effets ordinaires de l'électrisation. Une ou deux minutes après ce premier résultat obtenu, l'expérience se continuant, quelques contractions musculaires se manifestent; la sensibilité se ranime de

plus en plus; la motilité suit la même progression ; les muscles se contractent énergiquement.

Cette séance de galvanisation dura de douze à quinze minutes environ. Quand elle fut terminée, la malade, à sa grande surprise, put élever sa jambe ; elle put descendre de son lit et faire quelques pas, en s'appuyant sur son membre gauche, presque aussi bien que sur le droit. Quelques heures après, au lieu du froid habituel, elle y ressentait une chaleur tout à fait inaccoutumée, comme si son membre eût la fièvre, disait-elle.

Le 25, cet heureux changement se confirme. M. Briquet s'assure, avec la pointe d'une épingle, que la sensibilité est parfaitement revenue ; puis au grand étonnement de tous ceux qui avaient vu la malade la veille, avant la galvanisation, et qui avaient constaté la paralysie de sa jambe gauche, il la fait marcher, et lui prescrit divers mouvements qui sont exécutés avec facilité.

Ce matin 29, nous avons revu la malade ; elle marche aussi bien qu'avant son attaque de paralysie ; cette paralysie passée lui semble un rêve ; c'est à peine si elle y croit encore, tant sa jambe est redevenue parfaitement physiologique ; elle est aussi vigoureuse que la droite.

Nous n'avons pas besoin d'insister longuement sur ce cas pour en faire ressortir l'importance. Tout y est du plus haut intérêt et tient presque du merveilleux. Ces douleurs si aiguës qui s'éveillent *spontanément* dans le pied d'abord, et ensuite dans tout le membre, et qui, au bout de neuf jours d'une durée continue, laissent après elles la paralysie la plus complète du mouvement et de la sensibilité, constituent déjà un fait assez remarquable ; puis cette paralysie, datant déjà de plus d'un mois, enlevée comme par enchantement en une séance de quelques minutes, par le courant d'électricité localisée que produit l'appareil de M. Duchenne de Boulogne ; cette sensibilité qui se réveille la première, et progressivement ; cette motilité qui, elle aussi, reparaît un instant après, tout cela, assurément, n'a pas besoin de commentaire pour exciter l'intérêt et l'étonnement.

Mais si nous voulons nous demander quelle était la nature ou l'espèce de cette paralysie, nous trouverons plus de difficulté à résoudre cette question.

En effet, ce n'était point la paralysie qui résulte de l'hémorrhagie cérébrale, puisque cette hémorrhagie n'avait pas eu lieu, les antécédents de la maladie le disent assez, et d'ailleurs le bras gauche avait toujours conservé l'intégrité de ses mouvements et de sa sensibilité.

Ce n'était point la paralysie de la myélite, aiguë ou chronique ; l'histoire de la malade empêche de s'arrêter un seul instant à cette idée, et d'ailleurs les fonctions de la défécation et de la miction n'ont jamais cessé d'être parfaitement physiologiques.

Ce n'était point la paralysie saturnine, puisque jamais la malade n'avait subi l'influence du plomb. Ce n'était pas davantage la paralysie hystérique, puisque à aucune époque de sa vie cette femme n'avait éprouvé le moindre désordre nerveux.

Rejetons encore la paralysie par atrophie musculaire, puisque les deux membres avaient conservé exactement le même volume, puisque surtout le membre paralysé a retrouvé tout à coup, et en une seule fois, toute sa sensibilité et toute sa vigueur.

Quelle était donc cette paralysie? M. Duchenne de Boulogne va nous l'apprendre. Il y a dans la fibre musculaire une propriété toute spéciale à laquelle notre savant et ingénieux confrère à donné le nom *d'aptitude motrice* ou de *motibilité. Cette aptitude motrice* est le pouvoir que possèdent les muscles de réagir sous l'influence de l'excitation cérébro-spinale. Diverses causes peuvent entraver son action et l'empêcher d'entrer en exercice ; ainsi la suspension trop prolongée de l'excitation musculaire par l'influx nerveux central ; ainsi encore l'état hystérique, occasion fréquente de troubles profonds et d'hypéresthésie musculaire ; cette hypéresthésie est une espèce de névralgie des houppes nerveuses qui peut entraîner après elle la paralysie.

Pour qu'un muscle, parfaitement sain d'ailleurs et en dehors de toute lésion organique, se contracte sous l'empire de la volonté, il faut donc nécessairement que son *aptitude motrice* soit excitée par l'influx nerveux central. S'il n'en est pas ainsi, il faudra réveiller cette *aptitude motrice*, cette *mobilité* endormie, au moyen de la galvanisation.

Ce premier fait de l'*aptitude motrice* mis en avant et établi, voici comment M. Duchenne de Boulogne démontre la réalité incontestable de cette puissance, ou propriété musculaire. Analysant ce qui se passe dans les différentes phases d'une paralysie consécutive à une hémorrhagie cérébrale, il remarque que pendant les premiers mois, la paralysie étant symptomatique d'une lésion centrale, elle ne peut être modifiée par l'électro-galvanisme. Mais plus tard la résorption de l'épanchement s'opère, la compression disparaît, il ne reste plus qu'une cicatrice ; alors le stimulus cérébral revient dans les muscles, et ceux-ci souvent ne réagissent en aucune manière. Si, dans ce cas, la galvanisa-

tion dirigée sur les muscles paralysés rétablit les mouvements volontaires, n'est-on pas en droit de penser que la cause de la paralysie siégeait dans l'organe du mouvement lui-même, que cette paralysie était idiopathique et d'une nature dynamique, c'est-à-dire que les muscles avaient perdu l'aptitude de se contracter sous l'influence de l'excitation nerveuse, laquelle aptitude a été rétablie par le galvanisme ?

Cette force spéciale, inhérente à la fibre musculaire, qui rend les muscles aptes à réagir sous l'excitation des centres nerveux est indépendante de l'*irritabilité hallérienne* et ne peut être confondue avec elle ; car tantôt, dit M. Duchenne, nous voyons l'irritabilité intacte, alors que le muscle a perdu son aptitude motrice ; et tantôt cette aptitude existe dans toute son intégrité quand la contractilité électro-musculaire est perdue en tout ou en partie (1).

La guérison de la paralysie saturnine, sans que la lésion de l'irritabilité ait été modifiée, prouve d'une manière irrécusable que non seulement l'irritabilité n'est pas nécessaire à la conservation des mouvements volontaires, mais que le galvanisme a révélé l'existence d'une autre force qui rend le muscle impressionnable à l'agent cérébro-spinal, cette force est l'aptitude motrice de la fibre musculaire.

Si maintenant nous faisons, au cas que nous avons rapporté, l'application de toutes ces considérations physiologiques et cliniques empruntées à M. Duchenne, nous nous croirons en droit d'admettre et d'établir sans autre démonstration, que la malade de M. Briquet était affectée d'*une paralysie idiopathique dynamique*. C'est-à-dire que chez cette femme le siége essentiel de la paralysie se trouvait dans les organes du mouvement eux-mêmes, dans les muscles ; non pas que ces muscles fussent lésés dans leur manière d'être, et altérés dans leur organisation, car alors nous dirons, avec M. Duchenne, que la paralysie était *idiopathique organique*. Il n'y avait, dans le fait que nous avons exposé, qu'un engourdissement de l'aptitude motrice de la fibre muscu-

(1) M. Duchenne a vu deux cas de paralysie saturnine dans lesquels il n'y avait plus du tout d'irritabilité musculaire. Le plus fort courant électrique n'a pu faire contracter la fibre charnue. Généralement, et dans tous les cas de paralysie saturnine, il y a au moins une très grande diminution dans l'irritabilité, qui souvent est presque insensible ; quelquefois même c'est à peine si, à l'aide de l'électro-puncture, on peut en saisir quelques traces. Nous avons nous-mêmes constaté plusieurs fois ce phénomène, dont l'importance est capitale au double point de vue du diagnostic et du pronostic.

laire. Cette fibre, à la suite sans doute des désordres nerveux dont nous avons parlé, fatiguée d'une hypéresthésie qui peut-être avait émoussé sa sensibilité, avait besoin de se retremper en quelque sorte dans un courant électrique, pour y retrouver son impressionnabilité à l'action des centres nerveux ; voilà tout le secret de cette paralysie guérie si merveilleusement.

A l'appui, et comme démonstration de la doctrine de M. Duchenne sur la paralysie *idiopathique dynamique*, nous ne pouvons résister au désir de rapporter un second fait aussi remarquable que le premier. Ce fait, nous ne l'avons pas observé nous-même, il a été recueilli en 1848, à l'Hôtel Dieu, dans les salles de M. Honoré, par M. Talier, interne du service, et M. Duchenne a bien voulu nous le communiquer.

La nommée Fermont, piqueuse de bottines, âgée de 28 ans, demeurant à Paris, rue Beaurepaire, 18, est entrée le 28 mai 1847 à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Anne, n° 1, service de M. Honoré. D'une constitution faible ; elle a été habituellement assez mal portante ; réglée à 16 ans, elle l'a été régulièrement pendant 4 ans. Mais après sa vingtième année, les règles ont cessé de paraître à des époques fixes. Elle n'a point eu d'enfants. Elle a été presque toujours sujette à des palpitations nerveuses et à des atteintes hystériques ; ainsi douleurs très-fréquentes dans les gouttières vertébrales, difficulté dans la respiration, oppression et strangulation.

Il y a quatre ans, sans cause appréciable, elle fut prise de secousses dans les membres inférieurs pendant la nuit. Ces secousses ne remontaient pas plus haut que le genou, dit la malade ; elles avaient donc leur siége dans les muscles du pied et de la jambe, qui se contractaient d'une manière involontaire ; ces mouvements étaient égaux des deux côtés. Faibles et de courte durée dans le principe, les secousses devinrent graduellement plus fortes et beaucoup plus fréquentes ; le sommeil fut bientôt troublé par elles. A ces phénomènes s'ajoutèrent l'amaigrissement du corps et un affaissement moral considérable. Les contractions spasmodiques des jambes allaient croissant, et leur violence devint si grande, qu'elles ébranlaient les cuisses, le bassin et le corps tout entier. Souvent elles retentissaient jusque dans la tête ; elles n'avaient jamais lieu pendant le jour ; leur durée variait d'un quart d'heure à une heure, et elles se renouvelaient si fréquemment dans les derniers temps, que la malade passait quelquefois des nuits entières sans pouvoir dormir. A tout cela se joignit un affaiblissement graduel des membres inférieurs, qui devint tel, que la malade fut

dans l'impossibilité de marcher. Elle n'a plus quitté le lit à partir du 29 mai 1846.

Le 12 mai 1846, elle entra à l'hôpital Saint-Louis ; elle y prit des bains sulfureux qui ne la soulagèrent aucunement. C'est même pendant son séjour dans cet hôpital que ses membres inférieurs sont devenus complétement paralysés.

Dans le mois d'août de la même année (1846), étant toujours à l'hôpital Saint-Louis, elle ressentit dans les os des jambes des douleurs continues, s'exaspérant par intervalles, et plutôt pendant le jour que pendant la nuit. Ce fut alors que deux moxas furent appliqués à la région lombaire, et quelque temps après quatre cautères. Cette médication énergique n'amena aucun résultat ; la vivacité des douleurs n'en persista pas moins conjointement avec les contractions involontaires et la paralysie.

Elle quitta l'hôpital Saint-Louis dans les premiers mois de 1847, pour entrer à l'Hôtel-Dieu, où plusieurs mois se passèrent pour elle sans traitement actif et sans amélioration.

Le 23 mai 1848, elle se trouvait dans l'état suivant : décubitus dorsal et immobilité complète ; impossibilité de faire exécuter à ses pieds et à ses jambes d'autres mouvements que quelques mouvements à peine sensibles de latéralité. La flexion du pied sur la jambe, de celle-ci sur la cuisse sont tout à fait impossibles. La malade essaie aussi vainement de mouvoir le membre tout entier. Les membres supérieurs sont libres et conservent tous leurs mouvements. La sensibilité des membres inférieurs est intacte, ainsi que celle de tout le corps. Douleurs rachidiennes au niveau des six premières vertèbres dorsales, et s'étendant dans le côté gauche. La peau, pincée légèrement dans ces points, est plus sensible que du côté droit ; la pression y est très-douloureuse ; sentiment de strangulation. Les muscles des jambes ont évidemment perdu de leur volume. Le diminution de la fibre musculaire est plus sensible aux jambes qu'aux cuisses. Les douleurs persistent dans les tibias et dans les genoux ; les contractions involontaires du pied et de la jambe n'ont jamais cessé.

Cet état de choses dure donc depuis deux années, c'est-à-dire depuis le mois de mai 1846.

Or, le 23 mai 1848, pour la première fois, M. Duchenne de Boulogne soumet la malade à la galvanisation localisée dans les muscles des membres abdominaux, dans ceux du dos, des lombes et de l'abdomen.

Le 24, la malade a eu ses règles ce matin. Elle ne les attendait que dans cinq ou six jours. Est-ce au galvanisme qu'il faut attribuer cet avancement des règles ? Ce qui est certain,

c'est qu'elles sont venues sans secousses, sans douleurs, comme cela avait lieu précédemment. La malade fléchit légèrement la jambe et la cuisse, et fait exécuter à ses orteils des mouvements auxquels ils n'étaient plus accoutumés depuis deux ans. Les douleurs rachidiennes, et celles des jambes sont moins fortes. Les secousses involontaires ont cessé cette nuit pour la première fois depuis leur apparition, c'est-à-dire depuis quatre ans; elle a pu dormir toute la nuit.

(Nouvelle séance de galvanisation.)

Le 25, les règles poursuivent leur cours, faciles et abondantes. Plus de douleurs du rachis ni du côté gauche ; les mouvements de la jambe prennent de l'extension ; celle-ci fait avec la cuisse un angle de trente degrés au moins. Les secousses et les douleurs ont complétement disparu. Sommeil satisfaisant.

(Troisième séance de galvanisation.)

Le 26, la malade se trouve de mieux en mieux. Les règles continuent. L'ampleur des mouvements des membres inférieurs est plus considérable encore. Le pied s'étend et se fléchit sur la jambe presque aussi facilement que dans l'état normal. L'angle de flexion de la jambe et de la cuisse est de 45 degrés. Sommeil bon, sans secousses ni douleurs.

Le 28, l'état satisfaisant de la malade a persisté, quoiqu'elle n'ait pas été galvanisée depuis trois jours. Les règles ont cessé hier. La flexion de la jambe sur la cuisse est presque complète. Les secousses et les douleurs n'ont toujours pas reparu.

(Quatrième séance de galvanisation.)

Le 29, la malade est encore aujourd'hui mieux qu'hier, et tout fait prévoir qu'elle pourra bientôt marcher. Les mouvements du pied et de la jambe sont en effet complets ; ils s'exécutent avec une certaine vitesse, ce qui n'existait pas les jours précédents. L'état général est excellent.

(Cinquième séance de galvanisation.)

Le 30, la malade a pu, dans la journée d'hier, mettre seule ses jambes hors de son lit, et les appuyer sur une chaise. Ce matin, au moment de la visite, aidée par deux personnes, elle essaie de marcher, on la voit alors porter, non sans peine, la jambe gauche au-devant de la jambe droite, et réciproquement de telle sorte que ses pas ne sont pas plus grands que la longueur de son pied.

(Sixième séance de galvanisation.)

Le 4 Juin, la malade a marché seule hier dans la salle, en s'appuyant aux lits. Sa respiration s'exécute bien ; elle n'a plus eu à

souffrir de ces accès d'étouffement auxquels elle était sujette auparavant.

Le 5, elle a pu marcher seule et sans aucun appui ; bien plus, elle est montée à un premier étage assez élevé. Elle a éprouvé beaucoup plus de peine pour descendre que pour monter.

(Septième séance de galvanisation.)

Le 6, le mieux fait chaque jour de grands progrès. La malade est allée jusqu'au vestibule de l'hôpital, seule et sans fatigue. On peut considérer la guérison comme certaine et déjà réalisée.

Le 28 décembre de la même année, la malade, complétement guérie de la paralysie, est restée à l'hôpital, seulement à cause du mauvais état de sa poitrine, et pour être soumise à l'observation.

Ainsi, voilà une malade dont l'affection durait depuis quatre ans, qui, depuis deux ans, était paralysée des membres inférieurs, condamnée par conséquent à une immobilité absolue, qui, depuis deux ans, gardait constamment le lit, et avait été soumise, sans aucun succès, à un traitement énergique et douloureux (deux moxas et quatre cautères), et qui, dès qu'elle a reçu les premières atteintes de la galvanisation localisée, éprouve un changement subit ; le mouvement revient à ses muscles ; elle fléchit ses orteils d'abord, et bientôt ses jambes. Après la cinquième séance de galvanisation, elle se soutient sur ses jambes, et marche dans la salle ; et après la septième, elle arrive facilement et sans fatigue jusqu'au grand vestibule de l'hôpital. Bien plus, tous les désordres nerveux dont elle avait à souffrir depuis huit années, l'aménorrhée, la dysménorrhée, les étouffements, tout cela disparaît, en même temps que revient le mouvement des membres inférieurs.

Comment donc caractériser cette paralysie, sinon de paralysie *indiopathique dynamique* ? Comme dans le premier cas, en effet, les centres nerveux n'ont éprouvé aucune lésion qui pût compromettre leur action d'initiative ; les muscles, de leur côté, sont restés sains et sans altération organique. Sous l'influence d'une hypéresthésie hystérique, ils ont seulement perdu leur *aptitude motrice* que la galvanisation localisée leur a rendue.

Dans ce deuxième cas, comme dans le premier, la nature de la paralysie est donc la même. Il y a eu, de part et d'autre, perte pour les muscles d'une propriété physiologique indispensable au mouvement.

Devra-t-on conclure de ces deux faits si remarquables, que, dans toutes les paralysies semblables ou analogues ; que, dans

toutes les paralysies hystériques, par exemple, la galvanisation localisée aura des résultats aussi prompts, aussi efficaces, disons-le aussi merveilleux? Non, nous n'oserions pas l'affirmer, et M. Duchenne pas plus que nous. Ce que nous voulions établir seulement, c'est qu'il y a une paralysie *essentielle*, paralysie *idiopathique dynamique*, pour laquelle aucun traitement connu n'est aussi efficace que la galvanisation localisée.

THÉRAPEUTIQUE.

6. *Études sur les propriétés physiologiques et thérapeutiques des composés ammoniacaux*; par le docteur J. Delioux, professeur de matière médicale à l'École de médecine navale de Rochefort.

(Archives générales de médecine, mai, 1851.)

I. Tous les médicaments ne possèdent pas au même degré la faculté d'agir localement et par absorption; la plupart même doivent au développement prédominant de l'action dynamique, toujours consécutive à leur absorption, leur intérêt thérapeutique. Les composés ammoniacaux, au contraire, se placent au premier rang de ceux qui recèlent virtuellement les deux modes d'action topique et dynamique; ils produisent l'une ou l'autre ou les deux à la fois, suivant le procédé de leur application sur les tissus ou de leur introduction dans l'organisme, et par conséquent se recommandent au médecin praticien, simultanément comme agents modificateurs topiques ou locaux, et comme agents modificateurs dynamiques ou généraux.

Avant de chercher à pénétrer le mode intime de leur action sur le système vivant, voyons quels sont les phénomènes locaux qui se manifestent lors de leur application à la surface de nos tissus, phénomènes physico-chimiques plus ou moins modifiés par les conditions vitales, mais en tout cas évidents, palpables, faciles à apprécier, comme tout ce qui se passe sous l'inspection directe de nos regards. Ces phénomènes locaux ayant été étudiés, nous verrons ensuite pour quelle part ils entrent dans l'expression des phénomènes dynamiques consécutifs à l'absorption du médicament; puis, si du moins la chose est possible, quelle est la nature de cette action dynamique.

Pour exposer les considérations qui vont suivre avec plus de clarté et de précision analytique, nous traiterons séparément

chacun des médicaments ammoniacaux ; mais en débutant par le plus important d'entre eux, l'ammoniaque pure ; nous rallierons, dans l'examen de son action, tout ce qu'il y a de commun à elle et aux composés dont elle est la base, ces généralisations devant avoir le double avantage de faire saisir les liens synthétiques qui les unissent, et d'éviter des répétitions dans l'examen ultérieur de l'action physiologique et thérapeutique des sels ammoniacaux.

II. L'action locale de l'ammoniaque se traduit d'une manière si vive et si soudaine, que bon nombre d'auteurs de matière médicale, MM. Trousseau et Pidoux, tous les premiers, exclusivement frappés par elle, l'ont choisie arbitrairement comme type du caractère pharmacologique des composés ammoniacaux ; ainsi ces composés ont été classés dans les irritants, les rubéfiants, les vésicants, les caustiques. Ces dénominations conviennent à l'ammoniaque et à son carbonate, mais elles ne sont pas applicables au chlorhydrate et surtout à l'acétate. Puis est-il rationnel de classer, sous le seul prétexte d'une action de contact, qu'il est loisible d'ailleurs au médecin de produire ou d'éviter, des médicaments qui ont une action dynamique indépendante ou différente même de leur action topique ?

Les auteurs qui ont considéré de préférence l'action thérapeutique ont aussi apporté dans son appréciation un esprit d'exclusivisme ou de prévention qui leur a fait placer les ammoniacaux dans les stimulants plus ou moins diffusibles, avec MM. Mérat et de Lens, Barbier (d'Amiens) ; dans les hypersthénisants, avec Rasori et Giacomini ; dans les hyposthénisants, avec MM. Mojon et Rognetta ; dans les antispasmodiques, avec Cullen ; ceux qui se préoccuperont par-dessus tout de l'action chimique les placeront dans les fluidifiants avec M. Mialhe. Plus anciennement, et cette opinion n'était pas la moins sérieuse, c'étaient des propriétés altérantes qu'on leur reconnaissait le plus souvent, en se basant sur leur influence dans certaines maladies cachectiques, miasmatiques et virulentes, et sur l'apparition de diverses crises provoquées par eux, comme la sueur et la diurèse. Enfin nous avons entendu M. Trousseau, dans le cours remarquable qu'il professe à la Faculté de Paris (année 1844), tout en laissant l'ammoniaque, en considération de ses propriétés topiques, dans le chapitre des irritants, reconnaître qu'elle agit à la fois comme substance excitante et altérante.

Nous ne nions point, et personne ne songe à le nier, que ces différentes expressions, employées pour caractériser les effets thérapeutiques, aient un certain degré de valeur et d'exactitude ;

ce qui est controversable, c'est qu'une seule d'entre elles suffise à préciser, à généraliser ces effets quant aux résultats de la médicamentation ammoniacale, et nous espérons le démontrer amplement dans l'examen critique des phénomènes qui l'accompagnent.

Exposons d'abord, comme questions préjudicielles dont les conséquences sont applicables, dans l'espèce, à l'interprétration de plusieurs effets thérapeutiques, des faits chimiques qui, s'ils ne dominent pas toute la médicamentation ammoniacale, doivent au moins jeter une vive lumière sur l'étude de son action intime et essentielle.

1° L'ammoniaque et tous les sels de cette base dissolvent, dans les menstrues inorganiques comme dans les humeurs organisées, tous les précipités, tous les coagulum albumineux : il en résulte que ces composés se présentent comme des fluidifiants par excellence, et des réactions chimiques que nous obtenons dans nos verres, il ressort l'induction rationnelle que leur action fluidifiante doit s'exercer dans la profondeur de nos organes, partout où ils sont portés par l'absorption, sur les concrétions albumineuses plus ou moins dures ou sur les humeurs simplement épaissies par suite d'un degré plus faible de coercition de l'albumine.

Nous verrons plus tard dans quelles circonstances on peut invoquer cette action fluidifiante ; c'est à elle qu'il faut rapporter les propriétés incisives, fondantes, atténuantes, expectorantes, attribuées par les anciens pharmacologistes à l'ammoniaque.

2° L'ammoniaque, en tant que base puissante, a une extrême affinité pour les acides ; cette affinité peut s'exercer au sein de l'organisme comme en dehors de lui, conséquemment dans plusieurs occurrences ; par exemple, dans certains états d'acescence des premières voies, en présence d'un poison acide, cette substance sera appelée à opérer de véritables neutralisations chimiques, et constituera un agent neutralisant plein d'actualité.

C'est en soupçonnant des réactions chimiques de cette nature que nos prédécesseurs, dans leurs systèmes chémiatriques, décoraient l'ammoniaque des noms d'absorbant, d'antiacide, d'alexipharmaque, d'antiseptique.

III. Peu de substances ont une action locale aussi prompte que l'ammoniaque ; cette action est irritante à un haut degré. Sous l'influence de l'ammoniaque même très-étendue, elle se révèle au bout d'un temps plus ou moins long, suivant l'épaisseur, le degré de propreté de la peau, la sensibilité idiosyncra-

sique du sujet ; la friction, plus vite encore que le simple contact, développe ces propriétés irritatives.

Concentrée, l'ammoniaque produit presque instantanément la rubéfaction, au bout de quelques minutes, la vésication, et bientôt enfin, la cautérisation. Ce dernier effet se manifestera plus rapidement sur une muqueuse et sur une plaie, sans vésication préalable.

La vésication s'effectue à divers degrés :

1° Décollement de l'épiderme, légèrement plissé, à peine soulevé au-dessus du derme rubéfié par une très-petite quantité de sérosité.

Cet effet se produit surtout quand on frictionne la peau avec l'ammoniaque concentrée.

2° Éruption de phlyctènes confluentes, plus ou moins grosses et nombreuses, pleines de sérosité citrine.

3° Production d'une grosse phlyctène unique, analogue à celle que détermine le vésicatoire cantharidé.

Ces deux derniers genres d'effets sont obtenus surtout quand l'ammoniaque, retenue par une substance spongieuse, quelques doubles de linge ou un corps gras, est simplement appliquée à la surface de la peau.

Une aréole inflammatoire rosée, étroite, circonscrit constamment la vésication ammoniacale.

L'eschare produite par l'ammoniaque est mollasse, pultacée, grisâtre, analogue à celle que forment les autres alcalis caustiques. Comme ceux-ci l'ammoniaque désorganise les tissus en s'hydratant, aux dépens de l'oxygène et de l'hydrogène qu'ils contiennent dans les proportions de l'eau, et en saponifiant les matières grasses si abondantes dans la panne cellulo-adipeuse qui enveloppe nos organes ; si bien qu'il résulte de ce contact désorganisateur, non plus un coagulum protéique, tenace, comme celui que détermine l'action plastifiante de certains acides minéraux, mais un magma mélangé de charbon azoté et de savon ammoniacal, magma putrilagineux, d'où la vie a disparu sans retour, et qu'un travail incessant d'élimination tendra à rejeter loin du théâtre des élaborations organiques, sur lequel ses éléments n'ont plus aucun rôle à remplir.

A côté des effets irritatifs produits par l'action topique de l'ammoniaque, surgit la douleur : douleur légère et plus ou moins fugace, quand ces effets sont passagers ; douleur vive et plus ou moins durable, suivant que les parties touchées par l'irritant ont subi la vésication ou la cautérisation, que celle-ci

est plus ou moins profonde, que les parties attaquées enfin sont le siége d'une sensibilité plus exquise.

IV. *Action adynamique.* Les idées dualistiques, perpétuées depuis Thémison et les méthodistes jusqu'à nos jours, où, parmi les plus célèbres, elles ont eu pour fauteurs Brown, Broussais et Rasori, se sont reproduites, relativement à l'ammoniaque, d'une manière remarquable, mais de manière aussi à rendre douteuse et incertaine la question de savoir dans laquelle des deux séries de médicaments antagonistes il fallait la ranger, elle et ses composés. Dans ces idées, quand la nomenclature pharmacologique n'est plus qu'une dichotomie, quand les substances médicinales n'ont plus que deux modes d'action, l'un opposé à l'autre, il semble qu'il devrait être bien facile de s'entendre sur l'action d'agents aussi souvent éprouvés que ceux qui nous occupent. Et pourtant, nous avons vu l'école italienne se diviser sur ce sujet, et tandis que Giacomini, suivant les errements du maître, de Rasori, plaçait, sous le nom d'hyperthénisant cardiaco-vasculaire, l'ammoniaque dans la classe des hypersthénisants, MM. Mojon et Rognetta la déclassaient, ainsi qu'ils firent peu après pour l'éther, quand la découverte des propriétés anesthésiques de ce dernier médicament ébranla leurs convictions sur ses propriétés réelles ; de façon qu'aujourd'hui il ne reste plus guère de remèdes hypersthénisants que les alcooliques et les opiacés, en face d'une phalange d'innombrables hyposthénisants : de façon enfin que la phlogose domine toute la pathologie transalpine, et que l'hyposthénie est le fond presque exclusif de sa thérapeutique. Qui a tort, qui a raison, dans ce débat plutôt théorique que pratique ? Ni les uns ni les autres, parmi les doctrinaires italiens ; car dans les effets suscités par l'action dynamique des ammoniacaux, il y a tantôt de l'hyposthénie, tantôt de l'hypersthénie, et souvent il y a autre chose encore : telles ces actions chimiques de fluidification et de neutralisation qui ont été signalées tout à l'heure. Nouvelle et convaincante preuve qu'un grand nombre de médicaments ne peuvent pas être classés sous le titre d'un seul effet thérapeutique, puisqu'ils produisent souvent des effets variables et différents entre eux, et que loin d'être les agents exclusifs d'une médication unique, ils peuvent le devenir, à titres divers et à la fois, de plusieurs médications.

Toutefois, il faut le reconnaître, l'opinion qui attribue aux ammoniacaux une action dynamique hyposthénisante, ou sédative, calmante, débilitante, antispasmodique (tous ces termes expriment autant de modes de l'hyposthénie italienne), est plus généralement vraie et en conformité avec les faits thérapeuti-

ques. Cette assertion étonnera peut-être, car rien n'est plus répandu dans la thérapeutique française que l'admission des propriétés stimulantes de l'ammoniaque et de ses composés. Examinons donc sérieusement et sans prévention les phénomènes majeurs de cette médicamentation, dans ses résultats dynamiques, et tout en faisant la part de la stimulation quand elle se produit, voyons si elle est aussi constante qu'on l'a prétendu, si toute la phénoménisation pharmaco-dynamique peut lui être imputée, et ce qu'est réellement, en définitive, cette phénoménisation.

V. *Appareil gastro-intestinal.* Lorsque l'ammoniaque est administrée par la bouche dans des proportions telles que l'intoxication ne puisse survenir à aucun degré, à la dose de quelques gouttes dans un véhicule abondant, sucré et aromatisé pour masquer la saveur détestable du médicament, nulle sensation appréciable n'est perçue le plus souvent par la muqueuse gastro-intestinale, hors quelquefois peut-être une légère chaleur, et les phénomènes digestifs n'en éprouvent aucun influence fâcheuse. Il est bon cependant de se tenir en garde, en administrant l'ammoniaque à l'intérieur, contre son action topique irritante.

Appareil circulatoire. Le mouvement circulatoire est-il accéléré? Oui, disent après Girard, de Lyon, MM. Barbier (d'Amiens), Trousseau et Pidoux; non, disent MM. Mojon et Rognetta. Nous croyons, pour notre part, que cette accélération est loin d'être constante, et dans quelques cas il nous a été impossible de noter la moindre variation dans la quantité et la force des pulsations artérielles.

Appareil cutané. On a prétendu que l'un des résultats les plus fréquents de l'absorption de l'ammoniaque était l'augmentation de la chaleur de la peau avec crise sudorale. Mais que l'on nous prouve donc par des faits d'observation nombreux que l'élévation de la chaleur cutanée est réelle, et en admettant que la fonction sudoripare soit positivement influencée, que l'on nous dise, en bonne conscience, si l'apparition de la sueur prouve en faveur de l'action stimulante d'un médicament. Ne sait-on pas, au contraire, qu'elle se produit plus fréquemment sous l'influence d'agents franchement hyposthénisants, tels que la saignée, l'ipécacuanha, les antimoniaux, etc. etc. ? Et qui ne sait enfin que tant et tant de substances décorées du nom de sudorifiques n'ont dû cette réputation qu'à leur association ou à leur emploi simultané avec des boissons chaudes et abondantes et avec des moyens caléfacteurs, qui sont, en définitive, les meilleurs et les plus puissants des sudorifiques?

Il n'est donc pas rigoureusement prouvé que l'ammoniaque produise la sueur essentiellement et par elle-même, et l'on peut hardiment en dire autant et davantage de tous les composés dont elle est la base.

Appareil urinaire. L'ammoniaque et ses sels font uriner, comme toutes les boissons alcalines ; mais cette diurèse ne prouve pas un fait de stimulation des reins, et, hypothèse pour hypothèse, elle s'expliquerait bien mieux, dans l'espèce, par celle de la fluidification du sérum du sang et d'un excès de bases alcalines dans ce fluide, d'où résulteraient le départ plus prompt pour corriger cet excès, et la transudation plus facile des éléments de l'urine à travers les membranes uropoiétiques.

Appareil nerveux. Sur lui l'action excitante de l'ammoniaque est moins controversable, mais elle le serait encore si on voulait l'admettre d'une manière absolue. En effet, que l'on inspire pendant une seconde seulement les effluves ammoniacales, une impression mordicante d'une extrême acuité retentit de la membrane pituitaire sur le cerveau, sur l'encéphale, et cette excitation peut être mise à profit pour réveiller ce foyer de la sensibilité dans certains cas pathologiques; que l'on mette en jeu sur le tégument muqueux ou cutané les propriétés irritatives de l'ammoniaque, depuis la rubéfaction jusqu'à la cautérisation, et elles serviront encore à ranimer l'influx nerveux et les contractions musculaires; reste à savoir si, dans ces circonstances mêmes, les actions vitales ne seront pas ranimées plutôt par l'aiguillon de la douleur que par une stimulation thérapeutique franche et réelle.

Mais nous verrons aussi que, contre certaines affections spasmodiques, les composés ammoniacaux, leur action topique irritante ayant été annulée ou évitée, exercent une sédation si manifeste, qu'ils viennent alors se ranger à côté des sédatifs les plus efficaces.

Action sur le sang et les fluides. Lors même que l'action stimulante s'est produite, quelle que soit son intensité, de l'avis même de ceux qui l'ont observée avec le plus de prédilection, elle n'a rien de durable et se rapproche de celle des stimulants diffusibles auxquels on l'a comparée. Il y a plus encore : continués avec insistance et pendant longtemps, les ammoniacaux, ceux surtout qui sont le plus alcalins, l'ammoniaque et son carbonate, finissent par amener un état de débilitation générale avec dissolution des fluides, une véritable cachexie, ainsi que Huxam l'a bien observé et signalé le premier. Ce résultat est facile à prévoir et à comprendre, en appliquant, comme nous

l'avons fait dès le début de cette question, les notions rationnelles de la chimie à l'interprétation des phénomènes de la médicamentation ammoniacale ; il finit par se produire, sous son influence, une sorte d'action altérante, par suite de laquelle des sels normaux dans l'organisme sont introduits dans le sang dans des proportions tellement excédantes que les réactions harmoniques de la vie et la nutrition interstitielle subissent une perturbation profonde dans leur accomplissement régulier ou dans leurs modalités pathologiques éventuelles.

VI. Ainsi donc l'action excitante de l'ammoniaque est plutôt contingente qu'absolue ; ne la nions point toutefois, car nous en avons démontré la réalité, et nous aurons lieu de l'invoquer en thérapeutique ; mais admettons la seulement comme l'un des modes de manifestation de l'action dynamique des composés ammoniacaux, et, pour nous résumer, reconnaissons que l'ammoniaque, en vertu de propriétés multiples, se présente comme agent *irritant*, — *stimulant*, — *antispasmodique*, — *fluidifiant*, — *altérant*, — *neutralisant*.

Et c'est sous ces différents chefs que nous allons étudier son emploi thérapeutique. Nous appliquerons ultérieurement le même mode d'examen aux sels ammoniacaux usités en médecine.

(Notre intention n'est point d'examiner et de discuter toutes les indications des composés ammoniacaux, mais seulement de rationnaliser, en quelque sorte, leur emploi, et de mettre en saillie la concordance qui existe entre leurs effets médicateurs et les divers modes de leur action chimico-vitale. Tout au plus insisterons-nous sur quelques points de leur histoire thérapeutique, sur ceux où notre expérience personnelle aura spécialement reconnu leur efficacité.)

VII. *Emploi externe de l'ammoniaque.* Que l'on lise les auteurs de matière médicale ou que l'on recueille l'avis de la plupart des praticiens, il semble que l'action irritante de l'alcali volatil soit la seule qui s'exerce lorsqu'on l'emploie à l'extérieur. Si cette action est manifeste dans un grand nombre de cas, il en est d'autres dans lesquels elle ne concourt que partiellement aux effets physiologiques et thérapeutiques, d'autres enfin où elle ne peut nullement entrer en ligne de compte dans la production de ces deux ordres d'effets.

On peut invoquer cette action irritante dans les circonstances suivantes :

1° Dans la vésication et la cautérisation. L'irritation des tissus en est le premier temps, la vésication le second, la mortification le troisième. Le second temps peut manquer ou n'être pas

appréciable *de visu*, surtout si l'ammoniaque concentrée est mise en contact avec les muqueuses, le derme dénudé, une plaie. Aux trois premiers temps, on peut spéculer sur des effets révulsifs en rapport avec l'irritation produite ; le quatrième temps de l'action topique, portée à ses dernières conséquences, étant l'établissement d'un vésicatoire *volant*, à durée éphémère, ou d'une suppuration qui a pour but l'élimination de l'eschare, la révulsion sera augmentée et entretenue par un molimen inflammatoire local et par un appel de fluides dont le travail pyogénique opérera plus ou moins abondamment le départ.

Nul agent ne produit avec moins de dangers et plus promptement la vésication, et pour obtenir celle-ci, nous accordons une préférence exclusive à la pommade de Gondret, préparée selon l'excellente formule de M. Trousseau. Si nous avions à décrire d'ailleurs le mode d'application et de pansement, l'évolution des phénomènes du vésicatoire ammoniacal, nous ne saurions mieux faire que de reproduire littéralement les pages que ce thérapeutiste si distingué leur a consacrées.

2° Dans la rubéfaction produite par des fomentations, embrocations, frictions de liniments ou pommades, dont l'ammoniaque constitue l'élément le plus actif. La stimulation irritative provoquée par ces topiques, et aidée aussi, il ne faut pas le méconnaître, par la friction, ce massage en petit, peut réveiller l'inertie nerveuse dans les paralysies de la sensibilité et du mouvement ; révulser, aux dépens de la peau, l'excès ou la perversion de l'influx nerveux dans les douleurs névralgiques ou rhumatismales ; appeler sur un point donné de la périphérie les courants capillaires, pour dériver un *raptus* qui menace un organe important à la vie ; solliciter les contractions d'un membre qu'un long repos ou des engorgements articulaires ont rendu paresseux ou impuissant.

3° Dans l'excitation cutanée ou tégumentaire, causée par l'impression des effluves de l'ammoniaque gazeuse. Ainsi ces effluves, dirigées sur le globe oculaire, réveillent la sensibilité de la rétine dans les amauroses ; inspirées, dans les cas de syncopes ou d'asphyxies, elles déterminent sur la muqueuse des voies aériennes une irritation qui retentit sur les nerfs respiratoires, et ultérieurement sur les muscles inspirateurs ; injectées dans la tunique vaginale, elles y suscitent un travail inflammatoire, puis adhésif, qui en oblitère la cavité ; appliquées enfin sur une large étendue de la surface cutanée, comme l'empirisme populaire l'a appris aux visiteurs de la grotte d'ammoniaque à Pouzzoles, elles modifient, à l'instar des frictions rubéfiantes, les paraplégies, les

engorgements arthritiques, les rhumatismes opiniâtres, les névralgies rebelles.

VII. Si les circonstances précitées peuvent être signalées au nombre de celles dans lesquelles l'action irritante locale de l'ammoniaque s'exerce avec le plus de pureté, il est permis de supposer que, souvent au moins, l'absorption d'une partie de ses molécules joue un certain rôle dans la production des effets thérapeutiques obtenus. Quoi de plus facile à admettre, en effet, que la pénétration des enveloppes tégumentaires par un composé qui ne tend qu'à fluidifier leurs éléments tramulaires, et à agrandir, en quelque sorte, à son profit les portes de l'absorption? Mais, une fois introduite dans les humeurs vivantes, l'ammoniaque continue-t-elle à propager sur le système nerveux, moteur de toutes les actions organiques, la stimulation développée sur un point quelconque de la périphérie du corps? Nous optons pour la négative; l'action irritative de l'ammoniaque ne s'exerce qu'aux surfaces de l'organisme, et, comme il advient de l'action de tous les irritants physiques ou chimiques, elle retentit sur les centres nerveux dans une transmission rapide dont la douleur est immédiatement l'écho, et une excitation plus ou moins durable, générale ou localisée, la seconde conséquence, quand l'ébranlement n'a pas été assez véhément pour épuiser l'incitabilité. Il se passe alors un phénomène analogue à celui de l'action réflexe, sollicitée par l'irritation mécanique d'un nerf. Pour saisir l'ammoniaque dans l'un des modes les plus fortement exprimés de son action stimulante, la perturbation nerveuse violente et instantanée que suscite la cautérisation pharyngienne peut-elle s'expliquer par l'absorption de l'alcali, et n'y a-t-il pas plus de probabilité pour une modification immédiate dans les courants électro-dynamiques (ou vitaux, si l'on trouve notre expression trop dogmatique) des conducteurs de l'appareil cérébro-spinal? Quand l'ammoniaque pénètre dans le torrent circulatoire, molécule à molécule, elle s'y place dans un état de dilution qui exclut toute action irritante sur les parois vasculaires; elle s'y trouve par conséquent dans les mêmes conditions que si elle avait été absorbée dans l'estomac après son administration à dose thérapeutique, c'est-à-dire à la dose de quelques gouttes étendues dans un véhicule aqueux abondant. Or, si l'action dynamique de ce médicament, introduit à dose thérapeutique dans les vaisseaux, est parfois stimulante, elle l'est moins généralement et à un degré beaucoup plus faible qu'on l'a prétendu, et jamais elle ne montera au ton physiologique si fortement accentué de l'excitation soudaine qui éclate à la suite de

l'inspiration ammoniacale et de la cautérisation pharyngienne.

Si donc l'ammoniaque, employée extérieurement, est aidée dans son action topique irritante, excitatrice, stimulante, par une autre action consécutive à son absorption, ce n'est point par une action du même type; nous croyons qu'elle agit alors à titre d'agent antispasmodique et fluidifiant. En effet :

1° Dans ces affections où domine l'élément douleur (rhumatismes opiniâtres, névralgies aux formes si diverses), la révulsion pourrait bien ne point avoir à revendiquer pour elle seule le bénéfice de l'application des topiques ammoniacaux ; dans certaines paralysies même, dans celles, par exemple, qui compliquent les névralgies, lorsqu'au fond de ces névralgies il y a à la fois inflammation et spasme, ces topiques ne seraient peut être pas aussi utiles s'ils n'avaient qu'une action extérieure. L'un des modes les plus manifestes de l'action dynamique de l'ammoniaque, la propriété antispasmodique, peut fort bien, dans ces cas, venir en aide à la révulsion.

2° Dans les inflammations chroniques (stases sanguines ou épanchements fibrineux, résultats ordinaires d'inflammation aiguë antérieure), si les topiques ammoniacaux peuvent favoriser la résolution en stimulant la contractilité organique, et, par suite, la rentrée des produits épanchés dans les voies de la résorption interstitielle, il est très-logique de concevoir que leur élément actif, fluidifiant puissant, favorisera, s'il est absorbé, ces effets médicateurs, en dissolvant les éléments des stases, et en enlevant à l'engorgement de tissu son principal aliment.

Appliquons ces idées à l'appréciation de quelques cas particuliers.

On lit, dans la plupart des traités de matière médicale, que l'ammoniaque gazeuse, ou liquide, soit pure, soit étendue à divers degrés, est employée avec avantage pour exciter les trajets fistuleux, les plaies atoniques, pour modifier les phlegmasies aiguës ou chroniques des muqueuses, telles que la conjonctivite, certaines formes de stomatite, l'angine tonsillaire, la laryngite chronique, l'urétrite, la vaginite leucorrhéique ou blennorrhagique, ou encore pour hâter la résolution d'engorgements persistants, de tumeurs inertes et indolentes.

Depuis que la *théorie de la substitution*, pâle mais insidieux reflet de l'homœopathie, a envahi la thérapeutique, dans les cas précités on explique l'action de l'ammoniaque par le déplacement de la phlegmasie antérieure au profit d'une phlegmasie artificielle qui marcherait plus rapidement et plus franchement vers la guérison. Or, nous l'avouons, il n'est pas d'hypothèse qui ré-

pugne plus à nos doctrines que celle de l'irritation substitutive ou transpositive, et, dans l'espèce, nous la repoussons avec d'autant plus de conviction, que nous croyons pouvoir apprécier à un point de vue bien autrement rationnel les effets topiques des composés ammoniacaux.

Essayons-le du moins, en reprenant la liste des cas pathologiques énumérés tout à l'heure.

Pourquoi certaines plaies, plates, sinueuses ou creusées en fistules, se montrent-elles si rebelles à l'influence des moyens habituellement mis en usage pour favoriser la création du tissu cicatriciel? Parce que, à leur surface, le tissu cellulaire, trame de toute génération organique, s'est constitué à l'état d'organe nouveau, de membrane pyogénique, à laquelle est simultanément départie une fonction nouvelle, la sécrétion purulente; parce que cette fonction, détournée de son but providentiel, la réparation inodulaire, d'éphémère devenue permanente, finit par se lier avec l'existence parasite d'une véritable muqueuse pathologique, qui donne du pus comme les muqueuses normales du mucus, qui a pris, comme l'on dit dans le langage scolastique, droit de domicile, et qu'il ne faut plus chercher à modifier, temps perdu et tentative vaine, mais qu'il faut détruire. Eh bien! l'ammoniaque liquéfié, dissout et désagrège la surface de l'ulcère, et, le plaçant dans les conditions d'une plaie fraîche, le livre aux chances favorables d'une réparation qui n'a plus pour obstacle une membrane pyogénique anciennement et fortement organisée.

S'agira-t-il des phlegmasies des muqueuses et de leurs annexes glandulaires, les solutions ammoniacales régénéreront les surfaces qui fournissent du muco-pus, et dissoudront chimiquement les produits fibrineux qui, en obstruant les capillaires, alimentent l'engorgement, en même temps qu'absorbées leurs molécules continueront, en fluidifiant les éléments protéiques du sang, à modifier le processus inflammatoire. Nous croyons que l'ammoniaque serait spécialement indiquée dans la forme diphthéritique de l'inflammation des muqueuses, et, à défaut d'elle, les solutions concentrées de potasse ou de soude caustiques. Si l'on veut à la fois dissoudre de la manière la plus complète les exsudations pseudomembraneuses, et détruire les conditions anatomo-pathologiques de la surface qui les sécrète, le praticien ne saurait mettre la main sur des agents plus rationnels que les caustiques fluidifiants, et nous sommes persuadé qu'il y a des avantages plus considérables à en retirer que de l'emploi empirique et non raisonné des caustiques plastifiants. Ceux-ci, même l'azotate d'argent si vanté, substituent, momentanément au moins,

aux concrétions pseudomembraneuses, une eschare plastique moins dangereuse que les premières, il est vrai ; mais, avant de les employer, il faut rationnellement enlever les pseudomembranes, en frictionnant rudement la muqueuse, pour agir directement sur le tissu malade, et lui ôter la faculté de reproduire la concrétion morbide ; sinon l'eschare pourrait être formée par la plastification de la pseudomembrane elle-même, et créer ainsi une barrière entre le caustique et la muqueuse, ce qui serait s'attaquer à l'effet et non à la cause. En recourant, au contraire, aux solutions alcalines concentrées, l'effet et la cause seront simultanément combattus ; ce sera là une *médication destructive* par excellence, où la substitution et la transposition n'auront rien à réclamer.

Nous croyons pareillement que c'est par une réelle et violente destruction que les topiques ammoniacaux ont pu guérir quelques dermatoses rebelles, invétérées et profondes, telles que la teigne, suivant les méthodes instituées par MM. Gondret et Duparc-Duchesne.

Enfin, quand l'ammoniaque a été dirigée, soit en vapeurs, soit en frictions, unie à des corps gras, contre les engorgements articulaires ou autres, contre les tumeurs irrésolubles, croit on sérieusement que la révulsion ou l'excitation de la contractilité organique aient droit à revendiquer tous les honneurs de la guérison ? Si nous voulons bien faire entrer ces deux causes, et notamment la seconde, en ligne de compte, on nous concédera bien aussi que les propriétés fluidifiantes ne restent pas inactives, et qu'elles concourent puissamment à désagréer, à atténuer, et à faire circuler ainsi dans les vaisseaux capillaires, premières voies de la résorption, les produits concrets infiltrés dans les tissus.

IX. Il y a, dans l'histoire thérapeutique des composés que nous étudions, des faits qui semblent paradoxaux, et qui s'expliquent, à notre point de vue, de la manière la plus simple.

Ainsi, tandis que MM. Mérat et de Lens disent avoir guéri les flueurs blanches par des injections ammoniacales, Lavagna, imité par Nisato, produisait, au contraire, par le même moyen, un écoulement leucorrhéique à la suite duquel la fluxion menstruelle ne tardait pas à s'établir, et c'est ainsi qu'il traitait l'aménorrhée. Eh bien! dans le premier cas, l'ammoniaque a agi comme fluidifiant en régénérant la muqueuse vaginale, siége d'une sécrétion morbide, et en détruisant la phlogose locale qui entretenait cette sécrétion ; dans le second cas, en irritant la

surface saine de cette muqueuse et en détruisant son épithélium, elle l'a placée dans les conditions d'une large plaie superficielle dont la suppuration s'est traduite en flux leucorrhéique.

S'il n'y avait que de l'irritation à attendre de l'action topique de l'ammoniaque, on ne comprendait guère son utilité contre la brûlure, lésion dans laquelle la sensibilité est exaltée à un si haut degré ; cependant on a vu Girard, de Lyon, la recommander dans ce cas, étendue d'eau, comme propre à prévenir l'inflammation. M. Guérard va plus loin, et il emploie, dans la brûlure au premier et au second degré, hors le cas de solution de continuité de la peau, non plus une solution étendue, mais une solution concentrée d'ammoniaque. Si le siége du mal le permet, la partie brûlée est immergée dans ce liquide caustique, sinon une compresse en est imbibée et maintenue sur la brûlure au moins pendant une heure. La douleur disparaît aussitôt, et d'autant mieux que la solution est plus concentrée ; il faut continuer ou réappliquer cette solution si la chaleur et la cuisson réapparaissent dans la partie malade. Quand le bien-être est complet, le topique est définitivement enlevé, et l'on laisse la partie à l'air sans aucun pansement. Nulle irritation n'est produite, point de phlyctènes qui se développent, et l'épiderme se sèche et tombe, quelque jours plus tard, par lambeaux d'apparence de parchemin (*Annales de thérapeutique*, t. IV, p. 374). Comment expliquer ces effets, qui semblent si discordants avec les propriétés irritantes absolues que l'on attribue à l'alcali volatil? Par une action hyposthénisante? Mais pourquoi ne s'exercerait-elle sur place et aussi intégralement que dans la brûlure? Qu'on ne vienne pas dire non plus qu'il y a ici irritation substitutive, effet homœopathique; car, comme on l'a vu plus haut, il n'y a rien qui ressemble, dans cette circonstance, à aucune sorte d'irritation ; il y a, au contraire, avortement complet de toute irritation. Nous donnerons de ces effets une explication moins spéculative, et nous n'y verrons que le résultat d'une action toute chimique de fluidification. Le calorique coagule l'albumine à + 70° centigr., la fibrine à un degré inférieur encore. Or, l'ammoniaque, qui dissout ce coagulum, ramène à leur mollesse et à leur fluidité normales les éléments protéiques de la partie brûlée, et les empêche ainsi de se traduire en eschare; les extrémités nerveuses contractées et compromises dans la coercition du derme, recouvrent en même temps leur intégrité, et si les lamelles épidermiques se détachent ultérieurement en lambeaux parcheminés c'est que, racornies par le calorique, comme le sont, sous l'influence de cet agent toutes les productions analogues, elles n'ont pu se dissoudre,

ainsi modifiées, dans l'alcali caustique, qui en a seulement favorisé le décollement.

Il est curieux de trouver, dans l'école italienne, l'explication chimique la plus avancée qui ait été donnée de l'action fluidifiante de l'ammoniaque. Le docteur Pugliatti, professeur de clinique chirurgicale à Messine, attaque la cataracte, sans opération, par la cautérisation ammoniacale au voisinage de l'orbite ; il dit avoir constamment réussi, mais n'imputant ses succès ni à la révulsion, ni à l'hyposthénie, il pense que l'ammoniaque agit directement par absorption sur le cristallin épaissi. Cette opinion est trop hardie pour qu'on n'en laisse pas toute la responsabilité à son auteur. Il soumet en même temps, d'ailleurs, les sujets à l'usage interne de l'iodure de potassium, puissant modificateur, à la fois altérant et fluidifiant, qui doit concourir pour une large part aux changements opérés dans la nutrition de la lentille oculaire.

X. *Cautérisation pharyngienne ou buccale.* Voici l'un des points les plus délicats et le plus diversement appréciés de l'histoire thérapeutique de l'ammoniaque.

Le docteur Ducros, de Marseille, présenta à l'Académie des sciences, le 19 septembre 1842, un mémoire sur l'utilité de l'application de l'ammoniaque au plancher vertébral du gosier, dans l'asthme nerveux ; l'auteur affirmait, avec neuf observations à l'appui, qu'un arrêt instantané des attaques avait été le résultat de cette pratique.

On ne trouve presque aucun détail à ce sujet ni dans les journaux de médecine de l'époque, ni dans ceux des années subséquentes. Il paraît que M. Ducros préconisa son remède avec des allures un peu excentriques qui nuisirent à sa vulgarisation dans les hôpitaux ; ses succès firent plus de bruit dans le monde étranger à la médecine, et furent tour à tour taxés de ridicule et d'exagération. Plus tard encore l'extension abusive qu'il voulut donner à sa *méthode pharyngienne et buccale* retarda l'adoption de ce qu'elle avait de judicieux et d'exact. Toutefois, et nonobstant d'injustes dédains, on finit par reconnaître l'utilité de la cautérisation ammoniacale dans les phlegmasies chroniques du pharynx, du larynx, des fosses nasales, de l'arrière-bouche, et particulièrement contre les diverses formes de dyspnée, et en tête de ces derniers l'asthme soit essentiel, soit symptomatique.

La méthode de l'inventeur consiste à toucher le plancher vertébral du pharynx avec un pinceau de charpie ou de poils de blaireau trempé dans une solution concentrée d'ammoniaque. L'effet en est violent et immédiat ; en même temps qu'une sensation de cuisson et de brûlure est perçue au point touché, le

sujet est pris subitement d'une angoisse extrême qui se lie tant à la douleur suscitée sur les parties d'une sensibilité exquise, qu'à la pénétration des vapeurs ammoniacales dans le nez, le tube aérien, le pharynx et l'œsophage, angoisse d'autant plus vive que le caustique est plus concentré et son contact plus prolongé. Le patient est, pendant une minute, enlevé à toute conscience de lui-même, et il y a alors un instant de suffocation effrayant pour l'observateur, phénomène qui mérite, en effet, la plus sérieuse attention, car on est autorisé à redouter que le resserrement spasmodique de la glotte soit porté à un tel degré, que la mort devienne imminente ; bientôt une toux convulsive, alternant avec de puissants efforts inspirateurs, amène l'expectoration de mucosités abondantes souvent striées du sang qui exsude de la surface cautérisée ; puis, après cette rapide succession de phénomènes, le trouble orageux survenu dans l'organisme ne tarde pas à s'apaiser, pour laisser le malade dans un bien-être que n'entrave plus aucun symptôme de dyspnée, et qui lui permet de recouvrer ses forces, à la faveur d'un calme, quelquefois définitif et toujours plus ou moins durable.

Mais le danger auquel on s'expose de laisser tomber quelques gouttes d'ammoniaque sur l'extrémité supérieure du larynx, celui non moins grand que fait encourir l'intensité d'une suffocation qui porte le patient aux limites de l'existence, ont fait généralement aujourd'hui renoncer à la cautérisation pharyngienne pour s'en tenir à la cautérisation buccale, celle-ci déterminant, avec une auxiété moins vive, des effets médicateurs analogues et même identiques. Telle est la pratique de MM. Guérard et Bayer, et de plus ces habiles médecins, pour affaiblir l'action du caustique, immergent le pinceau dans l'eau pure avant de l'imbiber d'ammoniaque ; ils le portent ensuite sur le voile du palais, et badigeonnent rapidement sa surface buccale ; le contact ne doit durer que cinq ou six secondes. Nous avons suivi cette méthode chez des malades atteints d'asthme sans autres complications que le catarrhe et l'emphysème pulmonaires, et nous pouvons affirmer à notre tour que nulle autre médication n'a eu un résultat aussi prompt et aussi favorable.

Comment agit la cautérisation ammoniacale, buccale ou pharyngienne ? Comme moyen substituteur, répondront les partisans d'une théorie à la mode, et avec eux tous ceux qui adoptent les mots ayant cours sans en scruter la valeur. Nous avons déjà fait pressentir notre opinion sur ce point (VIII), et nous sommes heureux de la voir à peu près partagée par un élève distingué de l'école de Paris, M. Hervieux (*loc. cit.*). Nous reconnaissons

donc avec lui qu'il y a, dans l'effet produit par la cautérisation ammoniacale, trois circonstances distinctes :

« 1° L'action locale déterminée par le contact du pinceau avec la muqueuse palatine ; 2° le retentissement de cette action locale sur le système nerveux par l'intermédiaire des nerfs qui se trouvent directement impressionnés ; 3° enfin l'action des vapeurs ammoniacales sur les voies aériennes tout entières. »

L'action locale peut-elle entrer en ligne de compte à titre d'action révulsive? Nous ne le pensons pas, ou du moins nous croyons que la révulsion est bien faible comparativement à la perturbation générale du système nerveux, et qu'en outre elle serait trop éphémère pour expliquer les effets thérapeutiques, car l'irritation de la muqueuse buccale est beaucoup plus superficielle qu'on ne pourrait le supposer et dure fort peu.

C'est donc presque exclusivement dans la secousse véhémente imprimée *directement* à l'appareil nerveux que nous plaçons la raison de l'action dynamique de la cautérisation buccale. Il y a dans cette circonstance comme une reconstitution totale des courants électro-vitaux, par suite de laquelle ils se retrouvent uniformément répandus dans toutes les parties de l'organisme : de façon que l'influx nerveux diminue là où il était en excès, reprend son équilibre là où il faisait défaut. Et ce n'est pas seulement à l'interprétation des faits de guérison des névroses respiratoires par la cautérisation ammoniacale que ce mode d'explication est applicable, c'est encore et aussi bien à tous les actes morbides nés des perversions de la sensibilité et de la contractilité, lorsqu'on les attaque par des agents irritants ou excitateurs doués d'une puissance énergique et soudaine : ainsi les inspirations ammoniacales dans l'épilepsie, le cautère actuel, où qu'il soit appliqué, dans les névralgies, l'électricité dans une foule de cas pathologiques, sortes de coups de fouet infligés au dynamisme vivant, semblent agir en répartissant également les forces nerveuses dans toute l'économie, à la faveur d'une révolution générale et subite dont une action limitée de contact a été le point d'origine, et qui d'égale dans son instantanéité, comme elle n'a de comparable que la reconstitution des deux électricités entre les deux pôles d'un courant voltaïque ou entre deux corps électrisés en sens contraire.

A notre point de vue, M. Hervieux a donc émis une hypothèse judicieuse, en comparant le choc imprimé au centre encéphalique par la cautérisation ammoniacale « à une sorte de *choc en retour* qui épuise peut-être l'action nerveuse, source des accidents qu'on veut guérir. »

Et comme une suite nécessaire de l'excitation dont l'évolution rapide a pris naissance aux papilles nerveuses du palais ou du pharynx sous l'attouchement du caustique, excitation renforcée localement par l'impression du gaz irritant sur les surfaces voisines à sa portée des muqueuses respiratoire et digestive, la contractilité organique mise en jeu suscitera, dans les muscles laryngés et pharyngiens, un spasme dont la suffocation sera la traduction menaçante ; mais elle ranimera bientôt aussi les mouvements expulseurs des fibres musculaires de la trachée et des bronches, et, avec les dernières oscillations de l'ébranlement nerveux, s'épuisera dans les convulsions des muscles expirateurs, en favorisant l'expectoration de mucosités catarrhales, véritable crise des phénomènes provoqués par la cautérisation gutturale ou palatine.

Quant à la part à faire aux vapeurs ammoniacales dans l'action complexe de la cautérisation, nous venons de voir que localement, et jusqu'à un certain point, elles concourent à l'excitation de la contractilité organique ; elles doivent, en outre, fluidifier les humeurs épanchées à la surface de la muqueuse des voies aériennes, et l'on peut admettre enfin, avec un médecin anglais, M. Smée (*Gazette médicale*, 1849), qu'elles déterminent à la surface de cette muqueuse la sécrétion d'une sérosité qui la lubrifie. Ce qu'il en pénètre dans les voies de l'absorption contribue, par une action à la fois fluidifiante et hyposthénisante, à la médication antispasmodique, qui était, en définitive, dans la majorité des cas, le but que le médecin se proposait d'atteindre en portant le topique ammoniacal au fond de la bouche.

M. Rognetta voulut soumettre théoriquement cette méthode au niveau inflexible de la doctrine italienne, et prétendit que l'on ne devait invoquer dans ses résultats que l'action hyposthénisante des composés ammonicaux (*Ann. de thérapeutique*, 1845). Pour lui, l'action locale, dans ce cas, est peu importante au point de vue thérapeutique, et serait même nuisible, si elle n'était bientôt diminuée par l'action dynamique, qui se répandrait non-seulement sur le poumon, mais sur tout l'organisme. Pour étayer cette opinion, il avançait que les inspirations ammoniacales, l'ingestion de l'alcali volatil dans l'estomac, dans le rectum, produiraient d'aussi bons résultats que la cautérisation buccale. Les observations cliniques prouvent, au contraire, que celle-ci produit des effets *spécifiques*, et que tout autre mode d'administration de l'ammoniaque amène des résultats différents, sinon moins efficaces, tant dans les névroses respiratoires que dans les maladies non nerveuses, laryngées, thoraciques, etc.

Comme réfutation de l'importance de l'action topique, M. Rognetta soutenait encore que tout autre agent irritant, fer rouge, alcool bouillant, teinture de cannelle, vin chaud, serait impuissant à produire le même effet curatif.

Le défi portant sur la cannelle et le vin chaud, ces deux hypersthénisans émérites de la thérapeutique rasorienne, est fort original, mais pas assez grave pour être relevé. Quant au fer rouge, il nous suffira de rappeler qu'il a maintes fois déterminé dans les névralgies externes des effets que nous avons cru devoir tout à l'heure comparer rigoureusement à ceux de la cautérisation par l'ammoniaque, sans engager à croire toutefois qu'il faille, dans l'espèce, se vouer à la brûlure exclusive de l'hélix, ce qui est le côté excentrique de la question; et pour les caustiques potentiels, nous opposerons, à d'intolérables affirmations dogmatiques que M. Godemer a substitué le nitrate acide de mercure à l'ammoniaque dans la pratique de la cautérisation pharyngienne, et cela avec un succès complet, contre les névroses respiratoires, l'asthme en particulier, et, par extension, contre les surdités nerveuses.

Enfin M. Rognetta a dit que la cautérisation pharyngienne, préconisée en France, n'est qu'un plagiat du *Traité de matière médicale* de Giacomini; or, le texte qu'il cite ne fait mention que de l'emploi de l'ammoniaque sous toutes autres formes, hormis précisément celle-ci, dans les affections thoraciques.

Sur la question de priorité, on peut tout au plus dire que l'idée de la cautérisation ammoniacale a été inspirée au docteur Ducros par l'exemple ou le souvenir des inhalations ammoniacales qui avaient été indiquées avant lui dans le même but et pour des cas semblables. Le professeur Fouquier les avait conseillées dans les catarrhes compliqués d'oppression grave; M. Lionet, médecin à Corbeil, suivit avec avantage ces préceptes. Plus récemment, M. Smée (*loc. cit.* et *Matière médicale* de M. Péreyra) a cherché à les remettre en faveur, et les a recommandées dans l'enrouement chronique, l'angine tonsillaire à son début, les ulcérations syphilitiques de l'arrière-bouche, dans l'asthme, dans le spasme produit sous l'influence du froid, dans les cas d'empoisonnement par le brôme et l'acide cyanhydrique.

(*La suite à un prochain numéro.*)

---

7. *Exposition d'une nouvelle méthode d'électrisation, dite galvanisation localisée*; par le docteur DUCHENNE (de Boulogne).

Suite : *voir* t. XII, décembre 1850, p. 66 ; t. I, janvier 1851, p. 74 ; t. IV, avril, p. 44.

(Archives générales de médecine, avril 1851.)

La malade dont nous allons rapporter l'observation est une de celles sur lesquelles nous avons fait les expériences dont nous venons d'exposer les résultats ; elle offre de plus un grand intérêt, au point de vue de l'influence thérapeutique de la galvanisation localisée.

OBS. XIV. — Charité, salle Sainte-Marthe, n° 31, service de M. Briquet. — *Diagnostic.* Hystérie ; paraplégie incomplète, et affaiblissement musculaire dans le membre supérieur gauche ; anesthésie cutanée, musculaire et osseuse ; perte de la sensibilité de la conjonctive, de la muqueuse nasale, buccale et linguale, du côté gauche ; perte des sens du toucher, de l'odorat et du goût, du même côté ; aménorrhée. Guérison par la galvanisation.

Roussel (Marie), 32 ans, marchande des quatre-saisons, née à la campagne, d'une mère qui avait de fréquentes attaques d'hystérie. Réglée à 30 ans et demi pour la première fois, elle n'éprouva aucun dérangement dans sa santé jusqu'à l'âge de 17 ans ; à cette époque, ayant été forcée de s'éloigner de son pays, et en ayant conçu de l'ennui, il lui survint peu à peu une légère décoloration de la face, de l'amaigrissement et de la fatigue dans les membres : cet état se maintint jusqu'à l'âge de 20 ans. A l'occasion d'une contestation qu'elle eut avec ses maîtres, elle fut prise brusquement d'un accès hystérique très-fort, avec convulsion, grincement de dents et perte de connaissance. Depuis ce moment, elle est devenue sujette à ces accès, qui ont lieu tous les deux ou trois mois. Les attaques viennent, quelques-unes spontanément, et alors elles n'ont lieu que de loin en loin ; d'autres fois elles se produisent sous l'influence d'affections morales, et celles-là ont lieu très-souvent : il faut une contrariété très-forte pour les provoquer. Mariée depuis six ans, elle a eu deux accouchements et deux avortements ; depuis trois ans, douleur dans le flanc gauche ; leucorrhée depuis huit ou dix ans ; céphalalgie, douleurs à la région épigastrique depuis deux ans ; menstrues arrêtées depuis trois mois, et depuis lors accidents nerveux plus développés qu'auparavant. — Entrée à la Charité le 23 septembre 1848.

État actuel. Taille moyenne, embonpoint médiocre, tempé-

rament lymphatico-sanguin ; assez vive, cependant peu impressionnable ; céphalalgie pulsative et lancinante, même dans l'état de repos ; appétit conservé ; sentiment presque continu de strangulation à la gorge ; douleurs à la région épigastrique, à la partie moyenne des dernières fausses côtes gauches ; douleur à la pression des parois abdominales du côté gauche, des muscles de la région sus-pubienne, du rachis, de la sixième à la douzième vertèbre dorsale ; douleur à la pression dans la région scapulaire et dans le haut de la portion lombaire de la gouttière vertébrale gauche ; insensibilité presque complète de la peau du côté gauche du dos depuis le haut jusqu'en bas ; l'insensibilité de la peau s'étend au côté gauche de la face, de la tête et des membres ; la malade dit qu'avant l'anesthésie la peau était très-sensible au toucher dans les mêmes régions, et qu'en même temps elle éprouvait des douleurs profondes dans les membres ; insensibilité de la muqueuse conjonctivale, nasale et buccale, du côté gauche ; du même côté, léger trouble dans la vue, perte de l'odorat et du goût ; perte du sens du toucher de la main gauche, perte de la sensibilité de la plante du pied gauche, affaiblissement musculaire dans le membre supérieur gauche et dans les membres inférieurs, datant de six à sept mois ; la paraplégie est arrivée au point de rendre la marche presque impossible sans l'aide d'un bras ; la malade traîne les membres inférieurs, sans pouvoir les lever ; règles suspendues ; leucorrhée abondante, avec une légère cuisson en urinant ; bruit carotidien léger à gauche ; cœur normal, un peu d'étouffement lors de la marche ; appétit conservé, digestion bonne, pouls normal.

Pendant les premières semaines, les douleurs épigastriques et abdominales sont combattues par des vésicatoires, des bains généraux, des antispasmodiques, etc. etc. L'état de la malade ne changeant pas, M. Briquet nous permet d'étudier l'influence thérapeutique de la galvanisation, que nous appliquons pour la première fois le 11 octobre.

Le 20, en une seule séance de cinq minutes, la sensibilité de la face est revenue sous l'influence de la galvanisation cutanée par la main électrique. En deux séances, les sens de l'odorat et du goût ont reparu au moyen des procédés de galvanisation que nous exposerons plus loin.

Excitation électro-cutanée du membre supérieur. Les balais métalliques, excitateurs placés sur la peau, n'éveillent aucune sensation pendant les premières minutes, l'appareil étant au maximum et marchant avec des intermittences rapides ; mais bientôt après, apparaissent, dans les points qui sont en rapport avec les

excitateurs, les phénomènes suivants : rougeur, chaleur ; léger chatouillement, rapidement suivi d'une sensation de brûlure, de piqûre intolérable, qui nous force de remplacer les balais métalliques par les excitateurs métalliques pleins, et de diminuer l'intensité du courant de moitié. Dans le point où l'excitateur est placé, la sensibilité de la peau est revenue, mais l'insensibilité persiste dans les autres points. Toute la surface cutanée du membre supérieur, excitée par le même procédé, recouvre ainsi sa sensibilité normale.

Galvanisation de la pulpe des doigts, des nerfs collatéraux de la main gauche, et de la peau de la main. L'épiderme de la main étant épais et sec, les excitateurs n'ont aucune action physiologique, même avec un courant des plus plus intenses. La peau est alors légèrement humectée, et l'excitation électrique devient à l'instant très-vive lorsqu'on promène les balais métalliques excitateurs sur la face dorsale de la main, surtout sur la pulpe des doigts. En dix minutes, le sens du toucher est presque normal ; la malade distingue les différentes parties d'un crayon, la tête d'une épingle qu'elle attache à son mouchoir, ce qu'elle n'a pu faire depuis longtemps.

Le 21, retour de la menstruation, absente depuis trois mois. Les muscles sont galvanisés au maximum de l'appareil ; et bien que les excitateurs soient très-énergiques, la malade n'en a pas la conscience dans les points où règne l'anesthésie. Si l'excitation électro-musculaire est prolongée dans un muscle et que les intermittences soient un peu rapprochées, la sensibilité électro-musculaire reparaît, et la malade ne peut supporter un courant, même très-modéré. Quoique le muscle ait recouvré sa sensibilité normale, la peau qui le recouvre reste insensible. Si l'excitation électro-cutanée rappelle la sensibilité dans un point de la peau, le muscle subjacent devient sensible lui-même. Ces expériences, répétées à différentes reprises sur différents points du corps, ont toujours donné les mêmes résultats.

La galvanisation a été suspendue pendant plusieurs jours, et cependant les résultats acquis précédemment ont été conservés.

Excitation électro-cutanée du pied gauche. Retour rapide de la sensibilité. Après l'opération, la malade sent la résistance du sol, mais elle ne peut marcher seule ; il lui semble que les jambes pèsent énormément ; elle ne peut soulever le membre inférieur gauche.

Hier, deux accès hystériques très-forts ont été suivis d'un engourdissement et d'un fourmillement dans tout le côté gauche. Ce matin, tous les points du corps auxquels la sensibilité avait

été rendue sont de nouveau frappés d'anesthésie, à l'exception de la peau du pied, qui a été galvanisée la veille. Il suffit de passer rapidement les excitateurs pleins, et à un degré élevé au graduateur, pour rappeler la sensibilité perdue. Nous ne rendons pas la sensibilité à la peau de la jambe gauche, que nous réservons pour faire des expériences électro-physiologiques (ces expériences ont été rapportées plus haut). Depuis l'accès hystérique, douleurs vives dans la tête et à l'épigastre.

La douleur frontale a persisté depuis le dernier accès, et comme elle devient intolérable, nous essayons de l'enlever par la galvanisation cutanée, au moyen de la main électrique ; ce moyen a réussi complétement. (Pour être certain que l'imagination seule n'avait pas influencé la céphalalgie, nous avons longtemps frictionné le front sans fermer le courant, et nous n'avons pas modifié la céphalalgie.) Les douleurs épigastriques ont été enlevées par la fustigation électrique pratiquée sur l'épigastre.

Le 1er novembre, galvanisation musculaire pendant cinq à dix minutes. Pour fixer la sensibilité dans les points autrefois anesthésiques, l'excitation électro-cutanée est pratiquée de temps en temps.

Le 10, plusieurs accès hystériques ont eu lieu, et n'ont pas fait disparaître la sensibilité dans les lieux où la galvanisation a été souvent appliquée ; mais dans les endroits que nous avons conservés pour nos expériences, l'anesthésie reparaît quand l'excitation électro-cutanée a été appliquée une seule fois.

Le 24, sensibilité de la peau, partout à l'état normal. La force musculaire est complétement revenue depuis longtemps dans le membre supérieur. Dans le membre inférieur, la motilité n'a reparu que progressivement, et aujourd'hui la marche et la force musculaire paraissent intactes. La menstruation a reparu une seconde fois, mais peu abondante. L'excitateur utérin (voyez plus loin sa description), appliqué sur le col de l'utérus, ne donne lieu à une sensation spéciale qu'à un courant très-intense. Cette sensation consiste en une douleur sourde dans l'hypogastre et dans les reins. D'abord légère, elle devient assez forte, si l'opération est prolongée. Elle a été suivie de coliques utérines qui ont duré plusieurs jours. L'écoulement menstruel, arrêté depuis deux jours, a reparu immédiatement, mais peu abondant, et pour quelques heures. Cet écoulement a été suivi d'un peu de leucorrhée, qui a disparu complétement aujourd'hui. Plus de céphalalgie, de douleurs intercostales, abdominales et des fausses côtes; plus de douleurs dans les membres. Malgré cette amélioration, les attaques hystériques ont eu lieu comme de coutume

et sans cause appréciable, seulement elles sont moins fortes que d'habitude. Peu de jours après, la malade est sortie complétement guérie de sa paralysie musculaire et cutanée. Deux mois après sa sortie, nous avons revu cette malade, dont la guérison paraissait solidement établie, malgré plusieurs accès d'hystérie.

3° La galvanisation cutanée peut trouver encore de nombreuses et heureuses applications : on pourrait l'employer avec succès pour résoudre certaines tumeurs. Dans un cas de tumeur blanche du genou (Charité, 32, salle Saint-Basile, 1848), le moxa électrique a paru aider la résolution, enlever les douleurs, et faciliter les mouvements. Bien que le traitement n'ait pas été complet, et que je n'aie pas fait de recherches sur ce sujet, je pense que ce moyen thérapeutique devrait être expérimenté ; il a l'avantage, sur le moxa ou le vésicatoire, de ne pas désorganiser les tissus et de pouvoir être renouvelé souvent. Nous avons employé l'excitation électro-cutanée dans deux cas d'engorgement des ganglions sous-maxillaires, contre lesquels on avait inutilement fait usage de pommades iodurées. L'un des malades atteints de cet engorgement était au n° 11 de la salle Saint-Félix, Charité, service de M. Andral, et l'autre se trouvait dans le service de M. Martin-Solon. Sous l'influence d'excitateurs métalliques, promenés chaque jour sur la peau qui recouvrait la tumeur, l'engorgement diminua rapidement.

Dans l'asphyxie, la galvanisation cutanée pourrait en général remplacer avec avantage les vésicatoires, les sinapismes, dont l'action est lente et ne peut agir que sur des points limités ; en voici un exemple :

Obs. XVI. — En décembre 1847, une femme avait été apportée à la Charité, dans le service de M. Andral, dans un état d'asphyxie complète, occasionnée par la vapeur du charbon. Douze heures après, la malade était dans la même situation, malgré les soins les mieux entendus. Depuis son entrée, elle n'avait donné aucun signe de connaissance ; en outre, des râles nombreux se faisaient entendre dans la poitrine ; l'insensibilité était complète dans tous les points du corps, malgré des sinapismes promenés sur l'enveloppe cutanée, malgré des vésicatoires appliqués depuis la veille à la face interne des jambes et qui n'avaient exercé aucune action organique. Dans cet état, les fils métalliques furent posés sur la partie interne des jambes, l'appareil étant dans son maximum. Les premières secondes de galvanisation ne produisirent qu'une faible action organique dans les points excités ; mais bientôt la malade donna des signes de

douleur; les fils métalliques, portés sur le thorax, arrachèrent des cris à la malade, qui parut reprendre connaissance. Elle put nous donner la main, nous montrer la langue; mais elle ne répondit à nos questions que par oui et non. La respiration devint plus facile, les pommettes se colorèrent, les lèvres furent moins violettes. Malheureusement cette amélioration ne fut que momentanée, l'asphyxie reparut bientôt, et enleva la malade quelques heures plus tard.

Réflexions. Si, douze heures plus tôt, nous avions eu l'idée d'employer ce moyen puissant et rapide, avant que l'asphyxie eût exercé de si grands ravages, la galvanisation eût peut-être triomphé.

§ III — *Galvanisation des organes intérieurs, des organes des sens, et des organes génitaux de l'homme.*

A. *Galvanisation des organes intérieurs.* — La plupart des organes situés dans les cavités sont accessibles à l'excitation galvanique (1) soit directement, par l'action des excitateurs placés sur leur tissu, soit indirectement, par la stimulation des nerfs qui les animent. Nous allons décrire les différents procédés de galvanisation que nous leur appliquons.

1° *Galvanisation du rectum et des muscles de l'anus.* Les selles involontaires sont souvent occasionnées par la paralysie du sphincter et du releveur de l'anus; il peut être indiqué de galvaniser ces muscles. Alors une olive métallique, montée sur une tige, également en métal, isolée par une sonde en caoutchouc, est introduite dans le rectum, et mise en communication avec un des pôles d'un appareil d'induction; un second excitateur humide est promené sur le pourtour de l'anus. Pendant que l'appareil est en action, on imprime à la tige un mouvement qui permet de placer l'olive en contact avec les muscles qui se trouvent à la partie inférieure du rectum, c'est-à-dire le releveur de l'anus et le sphincter de l'anus. Veut-on exiter la tunique musculaire de l'intestin rectum, on promène l'olive sur toute la surface de cet organe (dans ces opérations faites sur le rectum, on doit toujours le débarrasser des matières stercorales au moyen de lavements).

(1) Je rappelle qu'il ne suffit pas qu'un organe soit traversé par un courant, pour qu'il soit excité par lui. Il faut pour cela ou que la recomposition électrique s'opère dans son tissu, ou que le nerf qui l'anime soit stimulé directement.

La vessie, le rectum sont si peu excitables, qu'ils ressentent à peine l'influence des courants les plus puissants. C'est pour ce motif que, dans les opérations galvaniques pratiquées sur la vessie, nous plaçons un excitateur dans chacun de ces réservoirs. On conçoit que, si l'excitateur rectal agissait, au contraire, sur la peau ou sur les muscles de la vie animale, la douleur qui en résulterait ne permettrait pas de diriger sur la vessie le degré d'intensité du courant nécessaire à l'excitation électrique de cet organe.

Pour combattre la constipation consécutive à l'insensibilité de la muqueuse du rectum ou à la paralysie de sa tunique musculeuse, l'excitateur introduit, comme précédemment, dans l'intestin, est promené sur toute sa surface.

2° *Galvanisation de la vessie.* Dans toutes les opérations galvaniques pratiquées sur la vessie, cet organe doit être préalablement vidé, comme dans la galvanisation du rectum. Sans cette précaution, l'excitation, loin d'être limitée aux parois de ces deux organes, serait conduite jusque dans le plexus sacré ou hypogastrique.

Si l'on veut galvaniser les fibres musculaires du col de la vessie, un excitateur terminé par une olive est placé dans le rectum, comme dans l'opération précédente. Une sonde métallique courbe, isolée par une sonde en caoutchouc, excepté à son extrémité vésicale, et dans une étendue de 2 à 3 centimètres, est ensuite introduite dans la vessie et mise en rapport avec l'un des pôles de l'appareil. Quand celui-ci est en action, la sonde est ramenée de manière que son extrémité vésicale se trouve successivement en contact avec tous les points du col vésical. Le malade soumis à cette opération ressent alors des contractions qui sont le résultat de l'excitation des fibres musculaires qui concourent à former le sphincter du col de la vessie.

Veut-on réveiller ou la sensibilité ou la contractilité du corps de la vessie, l'excitateur vésical est promené sur tous les points de sa surface interne. On lira plus loin une observation dans laquelle cette opération a rendu à la vessie la sensibilité qu'elle avait perdue. Il est rare que nous devions recourir à cette opération dans les paralysies de la vessie qui compliquent la paraplégie. Il nous suffit presque toujours alors de galvaniser énergiquement les parois musculaires de l'abdomen, pour rétablir cette fonction. Cette même opération fait aussi souvent disparaître la constipation qui règne d'habitude dans la paraplégie. Les faits nombreux que nous possédons semblent démontrer que le plus grand nombre de paralysies soit de la vessie, soit du rectum, ne

reconnaissent pas d'autre cause que la paralysie ou l'affaiblissement des muscles abdominaux.

L'excitation électrique du rectum peut avoir des inconvénients, et s'opposer au procédé de galvanisation que nous venons de décrire. Alors nous introduisons deux excitateurs dans la vessie. Dans ce but, nous avons fait fabriquer par M. Charrière l'instrument suivant, que nous appellons *excitateur vésical double.*

L'excitateur vésical double est composé de deux tiges métalliques flexibles, et introduites dans une sonde à double courant, qui les isole l'une de l'autre. Ces deux excitateurs sont terminés à leur extrémité vésicale de telle sorte qu'étant rapprochés, ils présentent la forme d'une sonde ordinaire. L'excitateur vésical double étant ainsi fermé et introduit dans la vessie, ses tiges sont poussées de 3 à 4 centimètres, tandis que la sonde en caoutchouc est maintenue en place, de manière à produire l'écartement de l'extrémité vésicale de ses excitateurs. Alors, chacun des excitateurs mis en rapport avec les pôles d'un appareil d'induction, l'instrument est manœuvré comme précédemment. (La sonde en caoutchouc à cloison, qui conduit les tiges des excitateurs, ne doit jamais être pénétrée par l'humidité, car les courants passeraient d'un excitateur à l'autre, et se recomposeraient dans l'intérieur de la sonde, au lieu d'arriver aux plaques qui les terminent.)

3° *Galvanisation de l'utérus.* Dans certaines aménorrhées, l'excitation électrique du col de l'utérus peut être employée avantageusement. Nous employons un excitateur construit comme l'excitateur vésical double, dont il ne diffère que par la courbure de ses tiges et par la largeur des plaques qui le terminent. Il est introduit fermé dans le vagin, puis ses deux plaques sont écartées poussant les tiges qui traversent la sonde à cloison. L'opérateur guide alors chacune de ses plaques avec l'index de la main libre, et les place sur les côtés du col. Il ne reste plus alors qu'à mettre les extrémités libres de l'excitateur utérin en rapport avec les pôles d'un appareil. Les faits, peu nombreux, il est vrai, que nous avons recueillis, nous permettent d'espérer de bons effets de ce mode d'excitation utérine dans les aménorrhées rebelles, qui ne dépendent pas seulement d'un état chloro-anémique.

Le rectum, la vessie et l'utérus sont si peu sensibles à l'excitation galvanique, que les malades éprouvent une sensation à peine appréciable pendant l'opération, même lorsqu'elle est pratiquée avec les appareils les plus puissants. C'est pour cette raison, comme je l'ai dit plus haut, que pendant la galvanisation de ces

organes, nous ne plaçons jamais un des excitateurs sur les parois de l'abdomen, dont la sensibilité, comparativement trop grande, ne permettrait pas de dirger sur eux le degré d'intensité du courant nécessaire à leur excitation électrique. Il est donc nécessaire d'agir sur deux organes jouissant du même degré d'excitabilité, par exemple, sur l'utérus et sur le rectum ou la vessie.

Si l'on veut exciter les organes contenus dans le bassin par la gavanisation indirecte, on dirige l'olive de l'excitateur rectal sur la paroi postérieure du rectum. Alors le courant traverse la paroi intestinale et concentre son action dans le plexus sacré et hypogastrique situés derrière elle.

4° *Galvanisation du pharynx et de l'œsophage.* La galvanisation du pharynx se pratique au moyen d'un excitateur, dit *pharyngien.* Ce dernier se compose d'une tige métallique très-flexible, terminée par une olive, également en métal, de 3 à 4 millimètres de diamètre, et d'une sonde en caoutchouc, qui isole la tige conductrice. Cet excitateur, long de 15 centimètres, est courbé, de manière qu'étant introduit dans le pharynx, son extrémité olivaire puisse atteindre le constricteur inférieur.

Veut-on favoriser les muscles constricteurs du pharynx, on promène l'olive sur l'œsophage, pendant qu'un second excitateur humide est placé sur la partie postérieure du cou. L'opérateur doit se garder de diriger l'olive excitatrice sur les parois latérales du pharynx, qui sont en rapport, de haut en bas, avec le pneumogastrique, le glosso-pharyngien et l'accessoire de Willis. Si l'excitateur se trouvait au niveau de ces derniers nerfs, l'action électrique, loin d'être limitée au pharynx, pourrait être portée au loin dans des organes dont la stimulation serait dangereuse ou du moins contre-indiquée. Pour galvaniser l'œsophage, on se sert d'une sonde œsophagienne, ouverte à ses extrémités, et dans laquelle on place une tige métallique, terminée par une petite olive en métal. L'excitateur œsophagien, étant ainsi isolé par la sonde en caoutchouc, n'agit que sur les points de l'œsophage qui sont en contact avec l'olive : aussi doit-on promener cette olive sur toute l'étendue de l'organe que l'on veut exciter. On sait que l'œsophage est en rapport, dans sa portion cervicale, avec le nerf récurrent gauche, logé dans le sillon qui le sépare de la trachée ; que, dans sa portion thoracique, cet organe est longé par les deux nerfs pneumogastriques, lesquels se placent inférieurement, le gauche en avant, le droit en arrière de ce conduit. Il suffit de mentionner ces données anatomiques, pour faire sentir la difficulté, on pourrait même dire l'impossibilité, d'éviter, pendant la galvanisation œsophagienne, l'excitation de ces nerfs,

qui portent la vie dans les organes les plus importants. C'est pourquoi cette opération exige beaucoup de prudence et d'habileté.

Nous avons eu l'occasion de pratiquer la galvanisation du pharynx seulement sur deux malades atteints de paralysie des muscles constricteurs de cet organe ; dans ces deux cas, l'excitation électrique parut produire d'heureux résultats. Cependant nous ne voulons tirer aucune conséquence de ces faits isolés ; nous ne les citons que dans l'intention de faire connaître une des indications de la galvanisation pharyngienne.

5° *Galvanisation du larynx.* Les muscles du larynx qui concourent à la phonation, excepté le thyro-aryténoïdien et le crico-aryténoïdien, sont accessibles à l'action directe de la galvanisation. Voici le procédé opératoire que nous avons expérimenté plusieurs fois :

Nous portons dans le pharyngien l'excitateur pharyngien, et nous le faisons pénétrer jusqu'au-dessous de la partie postérieure du larynx. Le second excitateur humide étant placé à l'extérieur, au niveau du muscle crico-thyroïdien, et l'appareil étant en action, nous faisons basculer l'excitateur pharyngien, de manière que son extrémité olivaire soit en contact avec la face postérieure du larynx, et nous lui imprimons des mouvements de bas en haut et de haut en bas. Dans cette opération, la stimulation est portée successivement et directement dans le crico-aryténoïdien postérieur, dans l'aryténoïdien et le cryco-thyroïdien (1).

La galvanisation indirecte du larynx est encore plus simple ; il suffit de diriger l'extrémité olivaire de l'excitateur pharyngien sur les parties latérales du constricteur inférieur pour atteindre le nerf *laryngé inférieur*, qui, on le sait, anime tous les muscles intrinsèques du larynx ; on peut encore atteindre le laryngé inférieur gauche dans l'œsophage.

S'il est permis de tirer des conclusions de quelques faits que nous avons recueillis, ce procédé opératoire doit trouver de nombreuses et heureuses applications dans l'aphonie due à la paralysie des muscles du larynx.

6° *Galvanisation de l'estomac, du foie, des poumons, et du cœur.* L'épaisseur des parois thoraciques et abdominales ne permet pas à l'excitation électrique d'arriver jusqu'aux organes renfermés dans les cavités, lorsqu'on applique sur elles les excitateurs hu-

(1) M. Longet a démontré, par des expériences directes, que le crico-thyroïdien joue un rôle important dans l'acte de la phonation.

mides, quelle que soit l'intensité du courant ; cependant la plupart d'entre eux peuvent être galvanisés indirectement, grâce au pneumogastrique, qui, on le sait, est accessible aux excitateurs dans le pharynx et l'œsophage. Mais on concoit que les effets de la galvanisation du pneumo gastrique doivent varier suivant la hauteur à laquelle ce nerf a été excité.

A la partie inférieure de l'œsophage, son excitation est communiquée seulement à l'estomac et au foie, tandis qu'à la partie supérieure du pharynx, elle se répand dans tous les organes qu'il anime.

Pour galvaniser le pneumogastrique à sa partie supérieure, on doit promener l'olive de l'excitateur sur la partie supérieure et latérale du pharynx, et fermer le courant en plaçant le second excitateur sur la nuque. Quand on voudra limiter l'action galvanique à l'estomac et au foie, l'excitateur olivaire sera conduit par la sonde œsophagienne le plus près possible de l'orifice cardiaque.

La galvanisation du pneumogastrique est-elle quelquefois indiquée ? L'expérience ne nous a rien appris quant à l'influence thérapeutique du pneumogastrique.

Nous espérons cependant que ce mode d'excitation pourra être appliqué avec succès au traitement de certaines affections nerveuses rebelles des viscères thoraciques ou abdominaux, par exemple dans la gastralgie. Il est inutile de dire que, dans ces cas, la galvanisation du pneumogastrique doit être pratiquée à des hauteurs différentes.

La galvanisation du pneumogastrique offre-t-elle des dangers? Il nous suffira de rappeler les organes importants que ce nerf tient sous sa dépendance pour engager nos confrères à une grande circonspection dans ce genre de recherches. Voici un accident qui nous est arrivé et qui pourra guider l'expérimentateur : promenant un excitateur sur la partie latérale et supérieure du pharynx, sous l'action d'un courant rapide, bien que très-modéré, le malade tomba subitement en syncope ; revenu à lui, il dit qu'il avait éprouvé une sorte d'étouffement et de sensation indéfinissable. Depuis lors, ayant galvanisé le pneumogastrique à la même hauteur, avec une intermittence par seconde, et avec un courant très-modéré, le même accident ne se renouvela plus, mais la sensation précordiale se manifesta chaque fois. Les sujets ne témoignent aucune sensation dans la région de l'épigastre ou du foie, quand on faradise le pneumogastrique. En serait-il de même, si l'on excitait ce nerf à la partie inférieure de l'œsophage ?

7° *Galvanisation du diaphragme.* La galvanisation du diaphragme

ne peut être pratiquée que par l'intermédiaire du nerf phrénique. Cette opération présente quelquefois de grandes difficultés, quand le peaucier sous lequel il est placé est très-développé. En effet, l'excitateur est déplacé par la contraction énergique de ce muscle, qu'il soulève. Il faut, en conséquence, maintenir cet excitateur solidement appliqué sur le scalène antérieur ; comme le phrénique se dirige obliquement de haut en bas et de dehors en dedans, on est certain de l'atteindre en plaçant l'excitateur sur le scalène antérieur, de manière à croiser la direction du nerf. Dans cette opération, il faut avoir soin de ne pas toucher en même temps les racines du plexus brachial, qui se trouve dans le voisinage du phrénique.

L'excitabilité du nerf phrénique paraît très-peu développée comparativement à la branche externe du spinal. Voici les phénomènes physiologiques que l'on observe pendant sa galvanisation.

Si l'on galvanise les deux nerfs phréniques à la fois, la paroi des régions hypochondriaques se soulève, et la base du thorax paraît éprouver une sorte de mouvement exentrique.

Pendant cette opération, la respiration et la phonation sont très-notablement influencées ; la respiration est impossible, comme l'émission des sons, si le courant est très-rapide ; les intermittences éloignées sont les seules praticables dans la galvanisation du nerf phrénique. On voit alors les hypochondres agités par des secousses qui coïncident avec chaque interruption du courant. Si le malade parle pendant l'expérience, la voix est saccadée.

Nous avons expérimenté l'influence thérapeutique de la galvanisation indirecte du diaphragme dans le hocquet rebelle et dans certaines contractions nerveuses de ce nerf.

En 1849, chez un cholérique couché au n° 4 de la salle Saint-Louis (Charité), service provisoire de M. Pidoux, la galvanisation du phrénique a fait disparaître subitement un hoquet qui durait depuis huit ou dix heures.

En 1847, un cholérique, couché au n° 6 de la même salle, avait la parole saccadée, et comparable à une sorte d'aboiement ; il ne pouvait soutenir un son sans qu'il fût entrecoupé par les secousses convulsives du diaphragme. Sous l'influence de la galvanisation du nerf phrénique, on vit peu à peu la chorée du diaphragme disparaître. Chez notre malade, cet état pathologique datait de plusieurs années.

Ces faits son trop peu nombreux, pour vouloir en tirer des déductions thérapeutiques. Nous pensons qu'ils indiquent seulement l'heureux parti que l'on peut tirer de la galvanisation du nerf phrénique.

Les viscères compris entre l'estomac et le rectum sont inaccessibles à la galvanisation.

B. *Galvanisation des organes des sens.* — Nous allons exposer rapidement les différents procédés de galvanisation qui nous ont le mieux réussi dans les paralysies des sens.

1° *Sens du toucher.* Appliquer les excitateurs humides sur le trajet des nerfs collatéraux et sur la pulpe des doigts.

2° *Sens de la vue.* 1° Un excitateur humide étant placé sur la nuque, poser le second excitateur, également humide, sur les paupières fermées; les étincelles qui sont perçues par le malade annoncent que l'excitation électrique est arrivée jusqu'à la rétine (1); 2° promener des excitateurs métalliques secs sur les paupières ou sur le pourtour de l'orbite, après en avoir desséché la peau ; 3° la main électrique passée sur les mêmes parties, le second excitateur humide étant placé derrière la nuque, suffit presque toujours dans les amauroses hystériques. Ces deux derniers procédés agissent comme agents stimulants ou révulsifs cutanés.

3° *Sens de l'ouïe.* 1° Remplir d'eau tiède le conduit auditif externe; plonger dans ce liquide un excitateur métallique, une sonde par exemple, et fermer le courant, en posant le second excitateur humide sur la nuque; 2° l'excitateur du conduit auditif externe étant placé comme ci-dessus, introduire, par les fosses nasales, dans l'orifice de la trompe d'Eustache une sonde d'Itard, isolée par du caoutchouc, excepté à ses extrémités, et fermer le courant en mettant les deux excitateurs en rapport avec les pôles de l'appareil.

4° *Sens de l'odorat.* Un excitateur humide étant placé derrière la nuque, le second excitateur, par exemple, une sonde métallique d'un petit diamètre et isolée par du caoutchouc, excepté à ses extrémités, est promené sur tous les points de la muqueuse nasale.

5° *Sens du goût.* Les excitateurs métalliques sont promenés sur les bords de la langue et sur la voûte palatine.

L'excitation électrique des sens de la vue, de l'ouïe, de l'odorat et du goût, doit être faite avec beaucoup de circonspection, car elle retentit vivement dans le cerveau. Elle est en conséquence contre-indiquée dans les cas où l'on doit éviter l'excitation cérébrale. On devra toujours, dans ces genres d'opération, mettre l'appareil au minimum, élever graduellement la dose

(1) Depuis que ce mémoire est rédigé, nous avons découvert que l'électricité de contact et l'électricité provenant de l'appareil magnéto-électrique exercent une action élective sur la rétine.

électrique, et ne jamais produire de sensation trop douloureuse. Il sera encore prudent d'opérer avec un courant à rares intermittences.

C. *Galvanisation des organes génito-urinaires chez l'homme.* — Les lésions organiques ou dynamiques qui produisent les paralysies musculaires ou cutanées portent assez souvent le trouble dans les fonctions des organes génito-urinaires de l'homme. La conséquence ordinaire de ces troubles fonctionnels, c'est l'impuissance ou l'impossibilité du coït, la paralysie de la vessie ou la perte de la sensibilité de cet organe. Ayant étudié l'influence thérapeutique de la galvanisation localisée exercée sur ces différentes affections, nous allons exposer succinctement les résultats de nos recherches.

1° *Galvanisation des organes de la génération.* La sécrétion du sperme peut être diminuée ou pervertie ; il en résulte que l'appétit vénérien n'est plus éveillé par l'instinct génésique, ou que l'érection est nulle ou incomplète. Il nous a paru qu'il était indiqué d'agir sur l'organe sécréteur du sperme, le *vessicule,* et sur les réservoirs chargés d'élaborer ce liquide sécrété, les *vésicules séminales.*

La galvanisation du testicule est des plus simples. Pour cela, on place les excitateurs humides sur le scrotum, au niveau du testicule ou de l'épididyme ; le courant traverse alors la peau et concentre son action sur ces derniers organes (1). La sensation développée par cette opération est très-douloureuse, et retentit dans les lombes ; elle est analogue à celle que produit la compression du testicule ou de l'épididyme. Ce dernier est plus sensible à l'excitation électrique que le testicule. La galvanisation du testicule ou de l'épididyme doit être faite avec un courant modéré ; leur surexcitation pourrait être suivie d'une névralgie très-douloureuse, comme cela nous est arrivé.

La galvanisation des *vésicules séminales* se pratique à l'aide de l'excitateur du rectum, que nous avons décrit plus haut. Il est introduit dans l'intestin, vidé préalablement, et dirigé de manière que l'olive qui le termine se trouve en rapport avec les vé-

(1) L'absence de sensation dans l'hypochondre droit ne prouve pas que, dans cette opération, la stimulation électrique n'arrive pas au foie : car on sait que M. Cl. Bernard produit le diabète chez les animaux dont il galvanise le pneumogastrique à sa partie supérieure ou à son origine ; et il nous a démontré que ce diabète temporaire est le résultat de l'excitation du foie. Il sera très-facile de constater chez l'homme le curieux phénomène que cet habile expérimentateur a découvert chez les animaux.

sicules séminales. Il suffit pour cela d'imprimer à l'excitateur des mouvements de droite à gauche, et *vice versa*. Sous l'influence d'un courant intense, l'électricité traverse l'intestin et arrive infailliblement dans les vésicules, qu'elle excite énergiquement. Nous n'avons pas besoin de dire que le cercle galvanique doit être fermé, en plaçant un second excitateur sur un point peu excitable du corps. Quand il n'y a pas de contre-indication, nous introduisons un second excitateur dans la vessie, dont nous excitons le bas-fond, de manière à placer les vésicules séminales entre les deux excitateurs.

Le liquide séminal coule souvent en bavant, non seulement par une sorte de paralysie des vésicules séminales, mais aussi par la paralysie du releveur et du sphincter de l'anus, et des muscles de l'urètre. Il convient alors de galvaniser les vésicules séminales, comme il vient d'être dit, et de diriger l'action galvanique dans chacun des muscles qui concourent à l'éjaculation.

La galvanisation du releveur et du sphincter de l'anus a déjà été décrite. Les muscles bulbo et ischio-caverneux se galvanisent comme les muscles des autres régions du corps, c'est-à-dire en plaçant les excitateurs humides sur les points de la peau qui correspondent à leur surface.

Les testicules, la peau du pénis, du scrotum, du périnée, le gland et le canal de l'urètre, peuvent être frappés d'anesthésie complète. Nous avons vu, chez un malade, l'impuissance ne pas reconnaître d'autre cause que cette insensibilité générale des organes génitaux. Voici le procédé de galvanisation que nous avons employé dans ces cas : Nous avons excité la sensibilité des testicules à l'aide du procédé que nous avons décrit ci-dessus ; puis un excitateur vertical a été promené longtemps dans le canal de l'urètre, en agissant principalement sur le point le plus irritable, la fosse naviculaire. Enfin la fustigation électrique par les fils métalliques a été employée à rappeler la sensibilité de la peau du pénis et du scrotum.

Cette observation est tellement intéressante, que nous avons cru devoir le rapporter toute entière.

Obs. XVII. — M. X..., officier, âgé de 40 ans, d'une bonne constitution, a beaucoup souffert du froid humide pendant ses campagnes d'Afrique. Il n'a jamais eu d'affection rhumatismale ni de fièvre intermittente. En août 1844, à la suite d'une constipation opiniâtre, il eut des fissures à l'anus qui occasionnèrent des douleurs très-vives, et qui, méconnues fort longtemps, furent guéries tardivement par des lavements de ratanhia.

Un mois après la guérison de ces fissures, c'est-à-dire en novembre 1844, apparut, pour la première fois, une douleur très-aiguë, occupant le trajet du nerf sciatique, que rien ne put calmer et qui ne provoqua aucune réaction fébrile. Six semaines après l'invasion de cette névralgie, *la douleur disparut tout à coup*, et M. X... se crut guéri ; mais il fut étonné *de se sentir mouillé* par l'urine, qui coulait involontairement. Depuis lors, il perdit la conscience de la plénitude de la vessie ; de sorte que, s'il n'avait pas la précaution d'uriner souvent, la vessie se laissait distendre outre mesure, et l'urine sortait involontairement par regorgement.

Un mois après la perte de la sensibilité de la vessie, le malade fut privé encore de la faculté d'uriner volontairement ; il s'aperçut aussi que la peau du pénis, du scrotum, du périnée, de la fesse et de la face postérieure de la cuisse, avait perdu sa sensibilité. Malgré les soins les plus rationnels et le traitement le plus énergique, malgré quinze vésicatoires promenés sur la cuisse gauche, le périnée et la face postérieure du sacrum, malgré l'usage de la strychnine, de la belladone, bien que le malade soit allé plusieurs fois aux eaux de Barèges et qu'il ait fait usage de douches sulfureuses, la paralysie de la sensibilité de la vessie et l'anesthésie cutanée persistèrent au même degré. En 1847, les érections et les désirs vénériens disparurent, M. X... s'aperçut que les testicules étaient insensibles à la plus forte pression ; cependant il eut encore des pollutions nocturnes avec sensation voluptueuse. A cette époque, l'électro puncture fut pratiquée sans aucun résultat ; des aiguilles étaient enfoncées en très grand nombre dans les régions frappées d'insensibilité, et d'autres étaient placées dans le voisinage du rachis, où la sensibilité était intacte ; on électrisait successivement toutes les aiguilles, de manière qu'un des pôles d'une pile à auge fût en communication avec les points insensibles, et l'autre avec les parties sensibles. La sensation ne se faisait sentir que dans ce dernier lieu. Le malade dit avoir si cruellement souffert de cette opération, qu'il n'aurait plus voulu acheter sa guérison à ce prix.

En octobre 1848, M. X... nous fut adressé par M. le professeur Chomel, qui lui conseilla l'emploi de l'électro galvanisme par notre méthode localisatrice. Nous constatâmes alors l'état suivant : anesthésie de la peau du pénis, du scrotum, du périnée, du quart supérieur de la face postérieure de la cuisse et d'une partie de la fesse ; perte du sentiment, plénitude de la vessie, impossibilité d'uriner sans le secours de la sonde ; les testicules

sont insensibles à la plus forte pression ; érections impossibles, absence de désirs, pollutions nocturnes rares ; pas de douleur, état général satisfaisant.

La galvanisation est pratiquée de la manière suivante :

1° *Galvanisation électro-cutanée.* Les balais métalliques sont promenés sur tous les points insensibles, l'appareil étant au maximum.

Après plusieurs minutes de cette opération, le malade accuse un léger chatouillement dans quelques points, et un quart d'heure après, la douleur est intolérable. Le lendemain, la sensibilité est revenue dans quelques points. Après la troisième séance, la sensibilité de la peau est presque normale.

2° *Galvanisation de la vessie et des testicules.* Les excitateurs métalliques, appliqués sur les parties correspondantes aux testicules et à l'épiderme, la peau ayant été mouillée légèrement, excitent une sensation spéciale et douloureuse, semblable à celle que produit la compression de ces organes ; le testicule droit est beaucoup plus excitable que le gauche.

En deux séances de huit à dix minutes, les testicules, les épididymes et leurs cordons, ont recouvré leur sensibilité normale. L'opération précédente, pratiquée de temps en temps, a rétabli les fonctions des organes générateurs dans toute leur intégrité.

Galvanisation de la vessie et du canal de l'urètre. L'excitateur vésical dont nous avons donné la description plus haut, introduit dans la vessie, préalablement vidée, et promené sur tous les points de sa face interne, ne donne aucune sensation, bien que l'appareil soit au maximum. Le même excitateur, ramené vers le col de la vessie, provoque une sensation de constriction douloureuse. Le communicateur de l'appareil est arrêté, et les intermittences sont éloignées à l'aide de la roue. A chaque interruption, le malade éprouve une secousse assez forte, non douloureuse, au niveau du col de la vessie (contraction électrique des fibres du releveur de l'anus). L'excitateur, promené dans le canal sous l'influence d'un courant des plus intenses, ne donne une faible sensation que dans son tiers antérieur. L'opération précédente a été pratiquée souvent en plaçant un excitateur dans le rectum, pour exciter, en même temps que la vessie, soit le plexus sacré, soit le plexus hypogastrique. D'autres fois, les muscles de l'abdomen ont été galvanisés. En quinze séances, la sensibilité de la vessie est normale ; le malade ne peut supporter un courant moyen ; il perçoit la plénitude de sa vessie, éprouve même fréquemment le besoin d'uriner ; deux fois, il urine spontanément, presque sans effort, et à une assez grande

distance. La vessie se vide complétement. Malheureusement l'émission volontaire des urines ne se maintient pas, malgré l'excitation galvanique longtemps continuée, malgré le retour de la sensibilité normale de l'organe. MM. les docteurs Civial et Ricord, successivement appelés en consultation, ne trouvent ni rétrécissement du canal ni paralysie de la contractilité (quand une sonde est introduite, l'urine sort avec force et s'arrête tout à coup lorsque la vessie est vidée). M. Ricord, admettant la possibilité d'un repli valvulaire, produit par la distension de la vessie, pratique des incisions avec un uréthrotome. L'opération n'a produit aucun résultat; le malade est de nouveau soumis à la galvanisation localisée.

Réflexions. En résumé, l'anesthésie des testicules a déterminé l'impuissance. Avec leur sensibilité, nous avons vu revenir leurs fonctions. L'anesthésie vésicale a occasionné la distension énorme de la vessie, distension qui bientôt a été suivie de l'impossibilité d'uriner volontairement. Le retour de la sensibilité n'a pas rendu à la vessie toutes ses fonctions. Sa force contractile ne manquant pas, suivant l'opinion de nos habiles confrères, on dut se demander s'il n'existait pas un obstacle mécanique, un repli valvulaire par exemple. Enfin l'heureuse influence de nos procédés de galvanisation sur les organes de la génération est des plus évidentes dans cette observation.

(*La suite à un prochain numéro.*)

8. *Sur l'emploi de l'infusion d'ipécacuanha à haute dose, dans le traitement de la pneumonie*; par M. le docteur Ressiguier.

(Archives générales de Médecine, mars 1851.)

Cette médication, que M. le professeur Broussonnet a introduite depuis longtemps dans les hôpitaux de Montpellier, consiste à administrer l'ipécacuanha à haute dose, comme on fait le tartre stibié, contre les phlegmasies pulmonaires. Administré en infusion dans un véhicule de 120 à 180 grammes, depuis 1,50 gram. jusqu'à 3 gram., il aurait, suivant M. Ressiguier, des effets qui rappellent ceux des préparations antimoniales données à dose contro-stimulante : comme celles-ci, il abat l'intensité de la pneumonie, soit par une action hyposthénisante, soit en provoquant des sueurs copieuses qui favorisent la crise de la maladie. Les malades, traités de cette manière, prennent toutes les heures une cuillerée à bouche de cette infusion, à laquelle on

ajoute parfois de 15 à 30 grammes de sirop diacode, pour faciliter la tolérance du remède. Les premières doses amènent quelquefois des vomissements; mais avec quelques ménagements, en éloignant ou en diminuant par intervalles ces doses, pour les augmenter plus tard progressivement, le malade finit par les bien tolérer, et toute la potion est prise dans les vingt-quatre heures. Toutefois M. Broussonnet ne donne ordinairement d'ipécacuanha que le second ou le troisième jour, lorsqu'il a déjà abattu la turgescence sanguine par une saignée ou quelques sangsues appliquées sur le siége de la pneumonie, suivant que le malade est plus ou moins fort; il ne néglige pas non plus les vésicatoires: de sorte qu'au milieu de ce mélange de médications diverses, il est assez difficile de faire la part de ce qui appartient à l'ipécacuanha. Néanmoins, suivant M. Ressiguier, l'ipécacuanha est surtout un remède héroïque contre les pneumonies des vieillards, chez qui la faiblesse, amenée par l'âge, fait craindre l'effet asthésique des évacuations sanguines; il convient encore chez les individus lymphatiques disposés aux scrofules, et dans les pneumonies offrant quelque tendance à la chronicité.

---

9. *Tétanos traumatique*; — *sulfate de quinine à hautes doses*; *guérison*; par M. Coste, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Marseille.

(L'Union médicale, N° 57; 15 mai 1851.)

La médecine est si souvent impuissante dans le tétanos, qu'un cas de guérison de cette terrible complication des plaies contuses, même les plus simples, est toujours digne d'être cité.

L'observation que je vais rapporter mérite, assurément, toute l'attention des chirurgiens; c'est une nouvelle démonstration de ce fait clinique dès longtemps établi, que la blessure la plus légère peut engendrer le tétanos, notamment quand elle siége sur les doigts ou les orteils.

Un jeune garçon de 16 ans, nommé Fourny (Louis-François), fortement constitué, est admis dans mon service le 1er décembre dernier; il porte à l'extrémité des deux derniers orteils du pied droit une plaie contuse qu'a produite, en tombant sur ces parties, le bord presque tranchant de l'un des bouts d'un baril plein d'eau qu'il portait sur sa tête. Ces petites plaies sont pansées avec du cérat. Quelques jours plus tard, le tétanos se déclare par le symptôme qui marque ordinairement son début, le trismus, bientôt suivi de contractions convulsives des muscles de la face

et du cou. Un traitement énergique est immédiatement commencé ; je prescris successivement, dans l'espace de trois à quatre jours, deux saignées du bras, des bains prolongés, puis l'application de ventouses scarifiées en grand nombre sur la région vertébrale. Point d'amélioration ; le trismus augmente, les contractions sont plus nombreuses et plus fortes ; le malade est très-morose, il pleure à propos de rien ; les plaies des orteils ne sont, d'ailleurs, nullement influencées, leur aspect est bon, les bourgeons vermeils, la suppuration normale.

A cette époque, M. Foucard, de Pont-Ste-Maxence, venait de publier la relation d'un tétanos traumatique guéri par le sulfate de quinine à hautes doses. Ce succès, dans une affection qui défie trop souvent notre art, m'enhardit à recourir au même moyen thérapeutique. J'ordonne donc, à l'exclusion de toute autre médication, le sulfate de quinine ; c'était alors le 15 décembre. Le malade prend toutes les deux heures une grande cuillerée d'une potion composée de : sulfate de quinine, 1 gramme ; eau distillée, 150 grammes ; sirop de morphine, 15 grammes.

Le 16, amélioration, diminution des contractions et de la fièvre, les mâchoires semblent un peu plus écartées ; 1 gramme et 30 centigrammes de sulfate de quinine dans le même véhicule et administré de la même manière.

Le 17, même état, à peu près, que la veille ; 1 gramme et 60 centigram. de sulfate de quinine.

Le 18, fièvre nulle (84 pulsations), même état des contractions ; 2 grammes de sulfate de quinine, eau sucrée, bouillons de poulet ; un lavement d'eau tiède amène une selle abondante ; le soir, 65 pulsations.

Le 19, nul changement pour le trismus et les contractions convulsives, léger affaiblissement de la vue ; 75 pulsations le matin, le soir 58, cicatrisation des plaies des orteils ; 2 grammes de sulfate de quinine.

Le 20, l'ouverture des paupières, qui s'était beaucoup rétrécie, est manifestement plus grande, circonstance qui atteste moins de contraction dans le muscle orbiculaire de ces parties ; l'affaiblissement de la vue n'a pas continué ; le désordre musculaire est presque borné à la région lombo-dorsale, où, d'ailleurs, les contractions sont peu violentes et ne surviennent qu'à d'assez longs intervalles ; quelques soubresauts seulement font frémir de temps en temps les membres ; 84 pulsations le matin, 60 le soir ; 2 grammes 50 centigrammes de sulfate de quinine.

Le 21, même état ; même dose du remède ; le pouls, qui était à 70 le matin, est encore à 60 le soir : deux soupes.

Le 22, contractions faibles et peu fréquentes ; même lenteur du pouls que les jours précédents ; persistance du trismus au même degré ; toutefois l'écartement des arcades dentaires peut facilement admettre l'extrémité du doigt ; un quart de la portion matin et soir, 3 grammes de sulfate de quinine ; un lavement d'eau tiède ; le soir, trouble de la vision, éblouissements, légers tintements dans les oreilles ; mais, d'un autre côté, contractures de plus en plus rares et de plus en plus faibles ; absence complète de fièvre ; nulle ardeur à l'épigastre ; point de soif ; point de séchéresse de la bouche ; point de nausées ; nul symptôme, enfin, d'irritation des voies digestives ; un quart matin et soir ; 2 grammes et 50 centigrammes de sulfate de quinine.

Le 23, 24 et 25, normalité de la vision et de l'audition ; 2 grammes de sulfate de quinine.

Le 26, 27, 28 et 29, contractures presque nulles ; un peu de raideur seulement dans la partie postérieure du tronc ; le malade peut quitter son lit et se promener dans la salle ; deux quarts matin et soir ; même dose de sulfate de quinine.

Le 30 et 31, plus de contractions convulsives, mais uniquement une légère raideur du tronc ; le trismus est de moins en moins prononcé ; 1 gramme de sulfate de quinine.

Je continue le remède à cette dose pendant quelques jours encore, puis je descends à un demi-gramme et je le supprime bientôt. La guérison est complète, si ce n'est encore un peu de gêne dans l'écartement des mâchoires. Fourny quitte l'hôpital le 12 janvier.

La thérapeutique est donc aujourd'hui, au grand honneur de notre science, armée d'un nouveau moyen pour combattre efficacement l'une des plus graves affections qui puissent atteindre l'homme.

Mais l'action physiologique du sulfate de quinine étant jusqu'à présent controversée, comment, dira-t-on peut-être, opère ici ce moyen ? Le sulfate de quinine, appliqué à hautes doses au traitement du tétanos, n'est-il pas un remède un peu empirique ? D'abord il n'est pas indispensable, à mon sens, de se rendre toujours un compte exact du mode d'action d'un médicament sur l'économie, si l'observation démontre que ce médicament, tout en produisant le bien qu'on en espère pour la maladie actuelle, ne peut nuire, d'une autre part, à l'état général de l'organisme. Empirique ou non, un remède est toujours bon lorsqu'il guérit. Qu'on cite d'ailleurs beaucoup de médicaments

qui soient exempts de tout reproche d'empirisme! Quoi de plus empirique, par exemple, si on descend sur ce terrain, que l'émétique à doses élevées dans la pneumonie ou le rhumatisme? Quel est le mécanisme de cette action contro-stimulante que lui attribue l'école rasorienne? Peut-on trouver une explication bien plausible de la manière d'agir du sel d'antimoine et de potasse pour dompter une inflammation du poumon ou pour dégorger des articulations fluxionnées? N'est-on pas réduit le plus souvent à constater dans ces deux états morbides, les heureux effets du remède? Soyons donc moins raisonneurs et un peu plus positifs; sachons accepter, sans prétendre l'expliquer toujours, le bénéfice d'un agent thérapeutique dont les effets auront été reconnus favorables.

Au reste, si l'opinion de M. Legroux est vraie; si, contrairement aux idées que MM. Andral et Monneret ont puisées dans leurs recherches sur le rhumatisme, de grandes doses de sulfate de quinine altèrent la composition du sang en diminuant ses proportions de fibrine par rapport à sa portion séreuse, ce médicament, ainsi administré, sera parfaitement logique; il devra avoir une action sédative sur les muscles et en produire le relâchement.

Dans toutes les maladies dont l'étiologie est obscure, et conséquemment le traitement incertain, — le tétanos est incontestablement de ce nombre, — le symptôme le plus saillant est celui qui doit surtout fixer l'attention du médecin et devenir le but de ses attaques. Or, quel est, dans le tétanos, le symptôme dominant? C'est la contracture du système musculaire dans presque toutes les parties. Eh bien! le sulfate de quinine, si véritablement, pris à fortes doses, il défibrine le sang, amoindrira l'élément stimulant qui fait contracter les muscles et régularisera le jeu de ces organes; il sera donc, dans le traitement du tétanos, un moyen rationnel.

Je termine ces réflexions en faisant observer que Fourny, qui a pris pendant vingt-quatre jours consécutifs, du 15 décembre au 8 janvier, des doses considérables de sulfate de quinine, n'a éprouvé, sauf quelques tintements d'oreille et un obscurcissement passager de la vue, aucun des graves accidents qui sont attribués à ce remède lorsqu'il est donné à hautes doses et que l'ingestion en est prolongée. Ces accidents, on le sait, prennent la forme typhoïde et peuvent aller jusqu'à offrir les caractères d'une véritable intoxication; ce sont, outre une adynamie générale, du côté de la tête un affaiblissement de la vue, des bourdonnements dans les oreilles, la surdité, des étourdissements,

des vertiges, la folie même ; du côté de l'abdomen, une irritation gastralgique et la diarrhée.

L'innocuité d'une grande quantité de sulfate de quinine, par rapport à la membrane muqueuse gastro-intestinale, est d'autant plus remarquable dans le fait que je viens d'exposer, que 50 à 90 centigrammes de ce sel, appliqués sur la peau préalablement dénudée par un vésicatoire, y font naître une vive douleur quelquefois suivie de la formation d'une escarre superficielle.

Je n'ai point observé non plus chez mon malade ce mouvement fébrile avec céphalalgie intense que M. Bretonneau, de Tours, dit avoir remarqué souvent après l'administration du sel de quinine à doses élevées ; j'ai constaté, au contraire, avec beaucoup d'autres observateurs, un ralentissement très-prononcé du pouls, car il est descendu à 58.

J'ai apporté beaucoup d'attention dans l'examen des plus petites circonstances qui se sont offertes à mon investigation, je ne veux pas conclure d'un fait isolé, corroboré, il est vrai, par quelques autres, à la négation des accidents imputés jusqu'ici à de fortes doses de sulfate de quinine ; je ne prétends pas le moins du monde présenter comme inoffensif cet énergique médicament, mais je cite le fait tel que je l'ai minutieusement observé tout en recommandant la plus grande prudence en pareille occurence. Ainsi, on aura l'œil ouvert sur les effets du remède à mesure qu'on en augmentera les doses ; on interrogera soigneusement les organes, et, au moindre accident typhoïde de quelque gravité, on suspendra la médication. Toutefois, il faut ne point oublier, et cela fortifie beaucoup le praticien dans l'emploi d'un traitement vigoureux, dans l'administration d'un remède qui demande de la hardiesse ; il ne faut pas oublier quelle différence existe, au point de vue de l'action des médicaments, entre l'homme pathologique et l'homme physiologique ; telle substance, à telle dose, tuerait infailliblement un homme sain, qui sera prise sans péril en bien plus grande quantité par un homme malade. Qu'on se rappelle enfin les énormes doses d'opium que prennent impunément certains tétaniques?

V. Accouchem^ts, Maladies des femmes et des enfants.

ACCOUCHEMENTS.

10. *Éclampsie chez une femme enceinte de sept mois et demi; considérations sur la terminaison de l'accouchement; rapports de l'éclampsie avec l'albuminerie*; par le docteur Ch. Dubreuilh fils.

(Journal de médecine de Bordeaux, avril 1851.)

Mme S...., âgée de vingt-cinq ans, est d'une constitution forte, d'une stature moyenne, d'un tempérament sanguin, ayant toujours été parfaitement réglée. Mariée au mois de juin 1850, elle n'avait pas tardé à devenir enceinte. Sa grossesse n'avait éprouvé rien d'anormal. A la tête d'un petit établissement avec son mari; les affaires de ce ménage marchaient au gré de leur désir, et aucune préoccupation morale n'était encore venue les troubler, lorsque, le 25 février dernier, un voleur s'empara d'une somme assez forte, mise en réserve pour un payement prochain. Mme S..... était alors au septième mois de la grossesse; elle fut vivement accablée de cette perte; cependant, on ne s'aperçut d'aucun symptôme de la terrible maladie qui devait bientôt éclater.

Le lundi, 10 mars, une femme de ses amies, qui logeait à son côté, fut prise subitement des accidents de la hernie étranglée; le mercredi, elle expirait. Tous ces événements bouleversèrent l'esprit de Mme S., elle eut une violente céphalalgie.

Enfin, le samedi soir, 15 mars, on la trouva au milieu d'une petite cour de sa maison : les traits altérés, les muscles de la face se contractant de mille manières; les bras, étendus sur les côtés, sont agités par des secousses convulsives. Une sage-femme est immédiatement appelée; mais comme la *digestion de son dîner n'était pas encore terminée*, on ne crut pas devoir lui pratiquer une saignée; trois accès se succédèrent ainsi jusque vers onze heures, et on se décida à faire venir notre honorable confrère M. Pereyra. La malade était dans cet état comateux qui suit en général l'accès éclamptique; les jambes étaient œdématiées : cette infiltration datait de huit jours; on pratiqua une forte saignée du bras, sinapismes sur les extrémités inférieures, vessie d'eau glacée sur la tête. Pendant le reste de la nuit, il survint quatre nouveaux accès, et les symptômes devenaient de plus en plus effrayants à mesure qu'ils se renouvelaient; les intervalles étaient marqués par un état soporeux plus grave et plus persistant. A

huit heures du matin, M. Pereyra trouva un assoupissement profond : la face était injectée, la respiration stertoreuse, la sensibilité fortement émoussée, les facultés intellectuelles complétement abolies, les pupilles dilatées et insensibles, le pouls fort et développé. (15 sangsues derrière les oreilles, successivement appliquées, lavement antispasmodique avec la valériane et l'assafœtida.) Dans l'intervalle qui sépare les accès, la malade recouvre très-incomplétement l'usage de ses membres et de ses facultés. Une consultation, à laquelle assistèrent MM. les docteurs Pereyra, Levieux père, et Dubreuilh père, eut lieu à midi ; trois autres accès s'étaient manifestés depuis neuf heures. Le pouls est toujours fort, les sangsues fournissent un écoulement sanguin assez abondant; les urines, traitées par l'acide nitrique, donnent des signes les plus évidents de la présence de l'albumine en grande quantité ; l'orifice externe de l'utérus est un peu entr'ouvert. L'éclampsie ayant résisté aux sangsues, aux révulsifs intestinaux et cutanés, la question de l'accouchement provoqué fut agitée. Il fut décidé qu'on attendrait jusqu'à sept heures du soir avant d'en venir à l'accouchement forcé. En attendant, le col utérin fut enduit d'extrait de belladone, et un cône de linge, recouvert de la même substance, fut poussé dans son orifice.

A notre arrivée, à sept heures, Mme S., était accouchée depuis dix minutes d'un enfant mort. Voici ce qui s'était passé depuis une heure de l'après-midi : les attaques avaient pris une plus grande intensité, suivies de l'état comateux le plus profond ; sous l'influence de l'extrait de belladone et du cône de linge, qui était poussé à mesure dans le col, celui-ci s'était progressivement dilaté, et, après une heure et demie, la sage-femme avait pu apprécier quelques contractions.

Notre malade restait continuellement plongée dans un état de mort apparente, d'où elle n'était tirée que par l'apparition de nouveaux mouvements convulsifs, qui se renouvelèrent une dizaine de fois jusqu'au moment de la délivrance. Quoique la sensibilité eût semblé complétement nulle jusqu'à ce moment, on put facilement remarquer que Mme S. percevait les douleurs causées par la contraction utérine ; et lorsque les eaux se furent écoulées, et que les fortes contractions pour l'accouchement se furent manifestées, on vit la malade témoigner par des grognements les souffrances qu'elle éprouvait.

A notre arrivée, la perte était modérée, la matrice très-dure était violemment contractée, le pouls développé et fréquent, la peau chaude, la respiration rapide et bruyante, les fonctions sensoriales et intellectuelles complétement abolies, la pupille

dilatée, les globes oculaires jetés en haut; les masséters contractés rapprochaient vivement les mâchoires, et la langue était poussée contre les arcades dentaires. L'enfant, en bon état, devait avoir succombé depuis peu; le placenta était entier. (Lavement antispasmodique, glace sur la tête, sinapismes.)

Le 17 au matin, je me trouvai près de la malade en même temps que notre honorable confrère M. Pereyra. Depuis l'accouchement, il n'y avait plus eu d'attaques, la malade entr'ouvrait ses yeux, étonnée du désordre qui l'entourait; prostration extrême, le pouls était petit, la peau chaude, facultés intellectuelles nulles, les jambes sont moins enflées.

Le 18 mars, mieux sensible. Mme S. reconnaît les personnes; elle a demandé son mari; n'ayant aucun souvenir du passé, elle parle de la nourrice dont elle a fait choix, et ne s'imagine pas encore être accouchée. Les extrémités inférieures sont désenflées; les urines fétides et rougeâtres, traitées par l'acide nitrique, sont albumineuses; le pouls est bien. (Lavement purgatif.)

Le 19, 20, la fièvre de lait est survenue : Mme S. prend pour des réalités des songes affreux dont son sommeil est agité, les lochies coulent. A mesure que notre malade reprend des forces, ses facultés intellectuelles se pervertissent, elle déraisonne sur tout; elle commande et veut être aussitôt obéie.

Le 20, son exaltation est telle, qu'elle casse et brise tout ce qu'elle trouve sous sa main. M. Pereyra lui fait mettre la chemise de force et la menace d'une punition plus sévère. (Administration de sirop de morphine, par cuillerée.) Une demi heure après, elle était calme, et depuis ce moment elle a progressivement repris toutes ses facultés, n'ayant aucune souvenance du passé, et ses derniers souvenirs ne se rapportant qu'aux événements qui ont précédé ses couches. Aujourd'hui, cette malade est très-bien et a repris ses occupations. Les urines ne contiennent plus aucune trace d'albumine.

La médecine ne consiste pas seulement dans des faits; et admettre sans limites la sentence magistrale de Baglivi : *arsus medica tota in observationibus*, c'est rester dans une analyse inféconde. La plus grande difficulté, nous ne l'ignorons pas, c'est d'extraire des faits de légitimes inductions. Malgré l'assertion de Geoffroy St-Hilaire, les faits sont brutaux : nous pensons que c'est encore une matière assez ductile et assez malléable pour en tirer quelques indications précises et en faire une sage application.

Dans l'observation précédente, deux points principaux frappent notre esprit : la cessation complète des accès éclamptiques

aussitôt l'utérus vide, et la disparition progressive de l'albumine dans les urines. Nous n'avons point l'intention d'entrer dans la question générale de l'éclampsie, elle nous entraînerait trop loin ; d'ailleurs, cette maladie a été traitée de la manière la plus complète par plusieurs auteurs. Il est surtout deux questions sur lesquelles tous les accoucheurs ne sont pas d'accord : c'est celle des circonstances dans lesquelles on doit chercher à terminer l'accouchement dans les cas d'attaque d'éclampsie, et la relation intime de causalité entre cette maladie et l'albuminurie.

1° Les circonstances dans lesquelles on doit chercher à terminer l'accouchement, comme moyen propre à faire cesser l'éclampsie, varient suivant l'époque de la gestation. Il arrive, quelquefois, que l'utérus participe de l'état de contraction générale des muscles de la vie animale, et ses contractions suffisent pour expulser le produit de la conception. Plus souvent encore, l'utérus reste complétement étranger aux troubles généraux produits par l'éclampsie ; et cependant les accès se multiplient, leur nombre et leur rapprochement augmentent, les moments de lucidité deviennent de plus en plus courts ; les saignées générales et locales, les révulsifs intestinaux et cutanés, les antispasmodiques ont été successivement ou concurremment employés, et l'éclampsie résiste. Que convient-il de faire, lorsqu'il ne reste plus d'autre alternative que de voir succomber la femme dans les attaques incessantes de cette affreuse maladie ?

Malgré le jugement différent de quelques accoucheurs modernes sur cette question si grave, en présence de cas semblables on ne doit pas hésiter : il faut provoquer l'accouchement ; l'expérience et la comparaison des faits observés justifient cette opinion. L'enfant une fois dehors, dit Rœderer, la cause des convulsions disparaît. La plupart des auteurs sont d'accord sur ce point, que généralement les convulsions cessent ou diminuent d'intensité, dès l'instant où l'utérus s'est débarrassé du produit de la conception, quelle que soit d'ailleurs l'époque de la grossesse à laquelle elles se présentent. C'est l'opinion de Puzos, de Désormeau, de Deleurye, de Levret, et de quelques autres.

Cette assertion est généralement vraie, dit M. Cazeaux ; mais ne le serait-elle pas, que la seule ressource contre l'éclampsie, quand elle a résisté à l'emploi des moyens rationnels, serait encore l'accouchement.

Tout ce que des esprits haut placés ont dit sur la nature et l'étiologie de l'éclampsie, n'a rien de bien positif ; mais ce qu'il y a, en définitive, de très-certain, c'est que la cause première essentielle des éclampsies est la grossesse, et c'est dans l'évacua-

tion de la matrice que l'accoucheur doit espérer trouver la ressource la plus puissante, lorsqu'il aura mis en usage tous les moyens que suggère une expérience bien éclairée. Un honorable et très-distingué confrère de Poitiers, M. Pingault, a présenté à la Société de Médecine de cette ville, un travail sur une question à peu près identique, et que l'*Union médicale* a reproduit en septembre 1850. Cet auteur cite quatre observations d'éclampsies survenues chez des femmes primipares au terme de leur grossesse. Chez la première, les attaques avaient été très-fréquentes, et le danger de mort était imminent : on provoqua l'accouchement par la dilatation forcée du col. Cet accouchement étant terminé, la malade succomba quelques heures après, ayant eu encore une quinzaine de crises.

Dans les trois observations, les femmes étant tout à fait à terme, la dilatation du col a été livrée à elle-même, et il y a eu guérison chez toutes, et cessation des convulsions éclamptiques. De sorte, ajoute M. Pingault, que lorsque je suis appelé pour un cas d'éclampsie, *à quelque époque que ce soit de la grossesse*, et quelques *graves* que soient les attaques, je pense qu'il faut s'abstenir de chercher à provoquer l'accouchement artificiel, et qu'on ne doit se permettre d'y procéder, que tout autant que le col est suffisamment dilaté (*Union méd.*, septembre 1850.)

Je suis loin de partager une pareille opinion. Les succès obtenus chez les trois dernières malades ont eu lieu parce que les femmes étaient à terme, et que la matrice, participant à l'irritation générale, ses contractions ont été suffisantes pour expulser le produit de la conception, ce qui n'arrive pas à sept et huit mois, parce qu'alors la rigidité du col lutte contre les efforts expulsifs du corps de l'utérus. Il est probable que l'accouchement, livré à la nature chez la première malade, aurait eu le même résultat, d'après l'état grave où elle se trouvait ; et ce qu'a fait M. Pingault était parfaitement indiqué.

Une temporisation trop prolongée, peut quelquefois devenir la cause de plusieurs malheurs. On pourra m'objecter qu'en agissant ainsi, c'est faire bon marché de la vie du fœtus. Mais quel est le pronostic de l'éclampsie pour l'enfant ? il est toujours beaucoup plus grave que pour la mère. Au début de la grossesse, nous avons un germe, et l'éclampsie sera d'autant plus grave pour la mère, à cette époque, que l'on ne peut compter sur un accouchement spontané : l'oblitération complète du col utérin, sa dureté et sa longueur, rendront impossible la déplétion de l'utérus.

Faudra-t-il, en présence d'un être qui est à peine formé, les

moyens généraux tous épuisés, faudra-t-il demeurer témoin passif d'un dénouement fatal pour la mère, alors surtout que si l'on est assez heureux pour obtenir une guérison sans l'accouchement, cette même femme est exposée à de nouveaux accès pendant le reste de la gestation. Et plus tard, lorsque le fœtus est viable, les troubles apportés dans la circulation maternelle, influent nécessairement d'une manière fâcheuse sur la sienne, et compromettent son existence lorsque les convulsions violentes et incessantes ne finissent par le tuer presque constamment.

En compulsant, dernièrement, des observations recueillies sur cette terrible maladie, je voyais que sur douze cas, il y avait huit morts d'enfant ; et sur cinquante-un, cités par Mermian, trente-quatre succombèrent et dix-sept seulement naquirent vivants. Quel est le sort de ceux qui vivent? écoutons M. Cazeaux : « L'enfant né vivant d'une mère éclamptique n'est pas à l'abri de tout danger ; souvent il meurt peu de temps après sa naissance, à la suite de convulsions, dont il a semblé avoir puisé le germe dans le sein maternel. »

Dans tous les cas, on doit faire tous ses efforts pour sauver le nouvel être, s'il est possible; mais il ne faut pas perdre de vue que c'est en comptant sur les forces de la nature que la femme succombe le plus souvent. Les circonstances dans lesquelles on doit chercher à terminer l'accouchement comme moyen propre à faire cesser l'éclampsie, et les indications que présente cette partie du traitement, varient suivant que les convulsions surviennent avant le septième mois, ou à une époque plus avancée, quand la femme est arrivée au huitième ou neuvième mois. Il est impossible de fixer d'une manière positive une règle pour chacun de ces cas : c'est ici une question de morale ou de légalité que les accoucheurs modernes jugent sous un point de vue différent. Dans ses conférences cliniques, M. le professeur Dubois dit à peu près que, lorsqu'on a épuisé tous les moyens généraux pour combattre l'éclampsie dans les premiers mois, il n'y a plus rien à faire, et que l'on doit attendre. M. Chailly est de cet avis: « Il faudrait s'en tenir, dit-il, aux moyens généraux indiqués, et ne désemplir l'utérus que dans le cas où l'extraction du produit pourra être effectuée facilement. » MM. Stolz et Velpeau pensent autrement. Ce dernier dit : « Qu'il lui semble que les moyens proposés pour obliger le travail à se déclarer avant terme, devraient, ainsi que M. V. Horn le voulait déjà, être essayés dans l'éclampsie des femmes enceintes, et, à plus forte raison, lorsque cette maladie survient aux environs du terme,

quand aucun préparatif d'accouchement ne se montre après les premiers accès.

Pour M. Cazeaux, avant l'époque à laquelle le fœtus est viable, il est évident qu'on doit se borner à l'emploi des moyens généraux ; car, à moins d'avoir la certitude que le fœtus est mort, on ne doit rien faire pour provoquer l'accouchement ; mais, à une époque plus avancée, la conduite de l'accoucheur est différente.

Loin de m'exposer, sans la plus grande nécessité, à pratiquer une opération toujours hasardeuse, qu'advient-il de la plupart de ces préceptes établis par nos maîtres ? Qu'en présence d'une femme éclamptique, dont l'enfant n'est pas viable, on emploiera tous les moyens généraux dont nous sommes armés, et si les accès se multiplient, on temporisera encore ; et pour les intérêts d'un être dont la vie future est encore problématique, être encore inconnu, dont la destinée sera peut-être affreuse, il faudra sacrifier les intérêts bien plus précieux d'une mère qui est unie par des liens si chers à la vie d'un époux, à la consolation d'une famille, à l'ornement de la société.

« Pour moi, dit M. le professeur Velpeau, j'avoue qu'il m'est impossible de mettre en balance la vie précaire d'un fœtus de trois, quatre, cinq ou six mois ; d'un être qui, jusque-là, diffère à peine de la plante, qui ne tient encore par aucun lien au monde extérieur, avec celle d'une femme adulte, que mille rapports sociaux nous engagent à conserver..... »

Dans des circonstances semblables, les probabilités de sauver la mère en faisant cesser un état convulsif qui rend la mort si imminente, sont, je crois, des motifs suffisants pour rassurer la conscience du médecin.

Mais afin de se mettre à l'abri de tout reproche, lorsque les cas de cette nature se présentent, le médecin le mieux assuré de sa réputation ne doit rien entreprendre sans avoir recueilli les avis de plusieurs de ses confrères les plus éclairés.

M. Ferniot, dans une thèse soutenue sous la présidence du professeur Stolz, a cherché à prouver que l'accouchement provoqué est alors tout aussi licite que dans les rétrécissements du bassin. Les accoucheurs de la Grande-Bretagne sacrifient bien plus souvent le fœtus à la mère ; leurs principes se répandent de plus en plus en France. Depuis quelques années, les oppositions sont bien moindres, et l'abandon absolu des intérêts de l'enfant, lorsque le salut de la mère est grandement compromis, est le plus souvent admis.

La proposition que fit M. Costa, en 1827, à l'Académie de

médecine, a reçu depuis cette époque de nombreuses applications; son extension trop absolue lui mérita, il est vrai, alors, d'être traitée d'inconvenante. Ce médecin demandait s'il n'y avait pas lieu à provoquer l'accouchement toutes les fois que la grossesse est compliquée d'une maladie qui menace prochainement la vie de la mère, en supposant que le fœtus est viable. En resserrant cette proposition dans certaines limites, elle était très-judicieuse. Il est consciencieusement logique d'être autorisé, dans une maladie grave comme l'éclampsie, dont la grossesse est la cause première, de tenter d'en enrayer la marche par la déplétion de l'utérus, lorsque, d'ailleurs, tous les autres moyens ont été essayés, aussi bien qu'on est autorisé à pratiquer l'accouchement provoqué dans un cas de dystocie.

Heureusement, les circonstances dans lesquelles on est obligé d'en venir à ces moyens extrêmes, sont assez rares ; car, d'après tous les médecins expérimentés qui ont écrit sur l'éclampsie, cette maladie arrive peu avant six ou sept mois ; et, le plus ordinairement, les convulsions qui se développent dans les premiers temps de la grossesse, n'offrent pas le même danger que plus tard. Cependant celles-ci, comme les autres, peuvent quelquefois résister à tous les moyens qu'on leur oppose, et compromettre, de la manière la plus grave, les jours de la mère : l'extraction de l'œuf peut alors faire céder les attaques, comme M. Danyau père en a observé un cas, à six semaines.

Il était bien désirable qu'on établît des variétés distinctes d'éclampsie, d'après les symptômes observés, et qui réclamassent des indications thérapeutiques particulières.

Cette distinction fut établie par M. Duparcque (*Revue médic.* 1838, t. 1), et rappelée par lui, en 1850, à la Société médicale du septième arrondissement de Paris. La première espèce, qu'il désigne sous le nom de *spasmes convulsifs puerpéraux*, s'observe spécialement chez les femmes nerveuses et impressionables, au commencement du travail ; elle ne débute pas brusquement. Le pouls est nerveux ; la figure, plutôt pâle que colorée, ne devient rouge, ou plutôt violacée, que lorsque les accès atteignent leur summum d'intensité. Ces convulsions se dissipent quelquefois lorsque le travail devient plus actif. C'est aux cas de ce genre qu'est spécialement applicable le précepte de provoquer l'accouchement : quelquefois il a suffi de rompre les membranes ; d'autres fois, elles n'ont cédé qu'à la délivrance opérée au moyen du seigle ergoté, du forceps ou de la version. Les convulsions de la deuxième espèce, ou apoplectiques, ont pour sujets des femmes fortement constituées : il y a rougeur violacée avec tuméfaction

de la face et du col. Imprudent serait celui qui, dans ces cas, ne se hâterait de dégorger, par d'amples saignées, le cerveau si violemment congestionné. L'accouchement provoqué ou artificiellement terminé peut convenir ensuite, mais subsidiairement, et non plus comme moyen essentiel. La troisième espèce, ou éclampsie épileptiforme, fait brusquement explosion; elle peut arriver avant le travail, ou au commencement, ou même après la délivrance : les convulsions sont ici comme celles de l'épilepsie; la saignée est nécessaire pour combattre et prévenir la congestion, mais elle ne suffit pas, non plus que la délivrance ; il faut insister sur l'emploi des sédatifs les plus puissants, des dérivatifs les plus énergiques.

Nous avons satisfait à toutes les indications qui se sont présentées, et nous sommes en face du seul moyen propre à faire cesser l'éclampsie : c'est l'accouchement. A quel procédé donner le choix? Dans les premiers mois de la grossesse, alors que le col n'est pas dilaté par un commencement de travail, et qu'il n'est pas dilatable à cause du resserrement de son orifice, on doit favoriser son ramollissement et sa dilatation par l'extrait de belladone et par des frictions exercées sur le corps et le col de la matrice. Hamilton conseillait le décollement des membranes ; Thompson et Conquert, la ponction de l'œuf. Ces moyens, dans des cas autres que l'éclampsie, peuvent être excellents ; mais lorsque l'accoucheur en vient à de pareilles opérations, il ne peut plus temporiser. En décollant les membranes, en les désunissant le plus possible, Lauverjat faisait cesser les accidents par le relâchement des fibres de la matrice; pour les frictions sur cet organe, elles sont incertaines. La ponction de l'œuf détermine sûrement des contractions utérines, mais elles se manifestent très-lentement. Il faut donc en arriver de suite au procédé qui est d'ailleurs, je crois, le plus généralement employé, et qui est dû à Kluge : c'est la dilatation du col utérin, qui s'obtient par l'introduction, dans le col, d'un cône d'éponge préparée; imbibée des sucs sécrétés dans la matrice, cette éponge se dilate, irrite le col, et le force à se dilater. Cette irritation réagit sur les fibres du corps, et détermine souvent des contractions au bout de cinq à six minutes. La dilatation du col commencée, les contractions de l'utérus sont mises en jeu par les convulsions elles-mêmes, et favorisent l'extraction de l'œuf.

Plus tard, vers le septième mois, on est obligé de recourir à des moyens plus violents; tels sont : l'introduction forcée de la main et le débridement du col à l'aide de l'instrument tranchant. D'après MM. Ashwel Ryan et Osiander, il semblerait aisé de

pénétrer de vive force dans l'utérus. Malgré l'instrument dilatateur de M. Barny, cette dilatation est très-difficile ; de plus, la lenteur qu'elle exige, l'agacement et l'irritation qui en résultent pour exciter l'action expultrice de la matrice , augmentent les convulsions ; elle est aussi généralement rejetée.

Les succès qui se rattachent au procédé du débridement du col utérin, par des incisions multiples sur divers points de sa circonférence, doivent le faire adopter. Dubosc, professeur au collége de chirurgie de Toulouse , en 1781 ; Coutouly Delpech, M. J. Cloquet, M. Godemer, en ont publié les résultats heureux qu'ils ont obtenus. Sur une femme arrivée au septième mois de la grossesse, ce procédé eût eu un très-beau résultat, si mon père, appelé en consultation, avait pu agir plutôt. La femme, excessivement faible au moment de l'opération, mourut quinze heures après l'accouchement. L'autopsie, que je fis en présence de plusieurs confrères , nous présenta la dure-mère recouverte d'une couche de petits caillots.

Lorsque le col utérin est dilaté et qu'il est facilement dilatable, que l'enfant est viable, on doit temporiser et attendre des efforts naturels l'expulsion du fœtus. Si les convulsions deviennent plus fréquentes et plus prolongées, et que les contractions utérines soient faibles et lentes, l'application du forceps et la version pelvienne, suivant les positions, sont de bons moyens pour soustraire la femme et l'enfant aux dangers.

Il est une ressource thérapeutique dont je n'ai pas encore parlé : c'est l'emploi du seigle ergoté à dose obstétricale. Ce médicament si héroïque a été rejeté par quelques accoucheurs. Son action sur la moelle épinière, a-t-on dit, détermine des contractions permanentes, et son action prolongée de véritables convulsions, désignées sous le nom d'*ergotisme convulsif*. Ce serait sortir du cadre que je me suis tracé, que de présenter les applications importantes du seigle ergoté pour solliciter les contractions utérines dans le cas d'inertie de la matrice. Ayant l'incontestable propriété d'activer les phénomènes de l'accouchement, le seigle ergoté peut rendre de grands services dans la dernière période de l'éclampsie, à quelque époque de la gestation qu'elle survienne ; car, sans trop m'avancer, et attendant de nouvelles expériences que les occasions seules retardent, je serais tenté de lui attribuer la propriété d'éveiller les contractions utérines avant le commencement du travail, et de solliciter l'avortement. Comment ne pas être porté à soupçonner à ce médicament une véritable puissance abortive, quand on le voit faire naître des contractions qui chassent des corps étrangers renfermés

dans l'utérus, tels qu'un restant de placenta, des caillots sanguins, des polypes, des moles hydatiques, etc.? Cette opinion est, d'ailleurs, appuyée par plusieurs auteurs. Les craintes que plusieurs accoucheurs ont manifestées d'employer le seigle ergoté pour provoquer l'accouchement dans l'éclampsie, viennent de ce qu'il peut devenir la cause de nouvelles convulsions ; mais des travaux récents, surtout ceux de M. Bonjean, de Chambéry, démontrent que les accidents sont dus à l'action toxique de l'ergot qui se trouve dans le produit huileux ; et c'est à un autre principe que sont dues ses vertus médicales obstétricales ou hémostatiques : c'est à l'ergotine. M'appuyant donc sur les expériences faites et sur les observations publiées, je me crois en droit de conclure que, si dans l'éclampsie des femmes enceintes, les convulsions ne cèdent pas aux moyens généraux employés, avant d'en venir aux moyens locaux manuels, on donne l'ergotine à la dose d'un gramme ou d'un gramme et demi ; on peut ainsi obtenir l'accouchement avant terme.

2° Trouvant constamment des urines albumineuses dans l'éclampsie, l'esprit le plus sévère n'a pu se défendre d'établir entre ces deux faits une relation intime de causalité. L'infiltration séreuse des membres et du tronc est regardée, par la plupart des auteurs, comme l'une des causes très-fréquentes de l'éclampsie. Avant les travaux récents qui rattachent cet œdème à une affection particulière des reins, on insistait sur cette coïncidence : c'est ce dont on peut se convaincre en parcourant les ouvrages d'Osiander, de Dugès, de Montgomery, etc. Mais, plus tard, lorsque MM. Rayer, Cahen, Blot, eurent étudié la néphrite albumineuse dans ses formes variées et dans ses complications nombreuses ; que les recherches de MM. Devilliers fils et Regnault, et les observations de MM. P. Dubois et Danyau eurent démontré les rapports des causes de l'éclampsie avec l'albuminerie, la question de ces convulsions puerpérales se trouva placée sur un autre terrain.

Malgré qu'il existe constamment de l'albumine dans l'urine des femmes éclamptiques (le fait que je cite plus haut et les recherches modernes le confirment), nous ne sommes point encore fixé pour établir jusqu'à quel point l'albuminerie peut être la cause des éclampsies. Que de femmes enceintes œdématiées et dont les urines contiennent de l'albumine, et qui n'ont pas d'éclampsie ! Ces laborieux observateurs, dont les travaux si judicieux ont contribué à faire marcher la science, sont-ils eux-mêmes d'accord sur la détermination des causes en vertu desquelles ces accidents convulsifs s'établissent lorsqu'il y a albu-

minerie? Non, certainement. La présence de l'albumine dans les urines, et l'infiltration des femmes enceintes, ne peuvent donc avoir une signification absolue comme cause de l'éclampsie. Car, sur quarante-une femmes enceintes qui offraient ce phénomène, M. Blot n'a observé que sept cas de convulsions, et de vingt albuminuriques, citées par MM. Devilliers et Regnault, onze seulement eurent des accès convulsifs.

L'œdème et l'albuminurie, pendant la grossesse, doivent engager le médecin à surveiller davantage la santé des femmes qui se trouvent dans ces conditions, et à porter une sérieuse attention à tout ce qui se passe pendant toutes les périodes de la gestation.

Au mois de septembre 1850, M. le docteur Reimonenq demandait des conseils à la Société de Médecine, à propos du cas suivant : Une femme de 24 ans, qui avait été chlorotique, mariée depuis huit mois, est enceinte; la grossesse a été pénible, le fœtus est vivant. Elle a eu de vives douleurs aux reins, et ses urines ont déposé de la gravelle urique; aujourd'hui elles contiennent de l'albumine, il y a de la céphalalgie, de l'œdème, de la dyspnée. L'éclampsie arrivera-t-elle? que faire pour la prévenir, et, si elle survient, quel moyen devra-t-on employer pour l'arrêter? J'ai su depuis, de la bouche de notre honorable collègue, que l'éclampsie était survenue le soir même de cette communication, et que les attaques avaient cessé après un accouchement forcé.

Il est, en général, très-difficile de pouvoir dire si l'éclampsie arrivera; mais enfin on peut toujours essayer de la prévenir, en combattant la cause qui peut lui donner naissance. Le médecin expérimenté peut seul être juge de la médication la plus convenable, suivant la variété des cas.

MALADIES DES ENFANTS.

11. *De la transposition des ventricules du cœur du nouveau-né, cause de mort peu de temps après la naissance*; note lue à la Société de médecine de Strasbourg, dans sa séance du 8 août 1850, par le professeur J. A. Stoltz.

(Gazette médicale de Strasbourg, N° 5, mai 1851.)

Les causes de la mort des enfants nouveau-nés sont tellement nombreuses que le praticien ne saurait trop souvent se livrer à des investigations cadavériques pour les découvrir. On ne devrait

jamais se contenter d'une conclusion basée sur les symptômes observés pendant la vie, car un grand nombre de causes peuvent produire un effet physiologique ou des symptômes parfaitement analogues.

Le médecin légiste doit être plus circonspect encore que le praticien ordinaire, car ce qui pour ce dernier n'est qu'une erreur scientifique, sans préjudice pour l'humanité, peut devenir pour le médecin légiste une faute qui peut compromettre l'honneur et même la vie des accusés.

En 1841, j'ai décrit dans la *Gazette médicale de Strasbourg*, n° 22, p. 561, une anomalie de conformation du cœur qui a entraîné la mort de l'enfant le troisième jour après sa naissance. Les symptômes que j'avais observés pendant la vie de cet enfant m'avaient fait soupçonner le mélange des deux sangs artériel et veineux. Je supposai que ce mélange avait lieu dans les oreillettes, par suite de la non-occlusion du trou de Botal, qui permettait alors le libre passage du sang noir dans les cavités gauches du cœur. A l'autopsie, nous constatâmes que le trou de Botal ne présentait pas de conformation extraordinaire, mais qu'il n'existait qu'un seul ventricule du cœur, le droit, dans lequel les deux sangs se mélangeaient, et qu'un seul vaisseau émergent, l'artère pulmonaire, qui se distribuait en même temps à toutes les parties du corps.

Au mois de novembre 1846, nous avons vu à la clinique d'accouchement un autre cas qui, quant au résultat, était identique avec celui que je viens de mentionner, mais en différait essentiellement par la disposition organique. Les détails de l'observation sur ce qui s'est passé pendant la vie et ceux de l'autopsie expliqueront pleinement comment deux causes différentes ont pu produire le même effet.

Le 7 novembre (1846), la nommée *Christine Sperlé* accoucha spontanément et facilement d'un enfant du sexe mâle, bien développé, bien conformé extérieurement, et donnant immédiatement des signes de vie. Il était long de 52 centimètres et pesait 3,050 grammes.

Bientôt après sa naissance, cet enfant, qui dans les premiers moments de son existence s'était parfaitement coloré, devint pâle d'abord, puis cyanosé. Il resta engourdi et refusa le sein.

Cet état ne fixa bien notre attention que lorsqu'il eut duré à peu près trente-six heures. Alors on fut frappé de la faiblesse des mouvements respiratoires. On remarqua que la cage thoracique était restée affaissée et remuait à peine. La percussion donnait un son mat dans toute la région postérieure de la poitrine.

En démaillottant l'enfant, en lui imprimant des mouvements dans tous les sens, il ne poussait que quelques faibles gémissements; ses extrémités étaient bleues et froides ainsi que son visage ; il avait de la peine à avaler à la cuillère ; enfin, il n'avait pas encore rendu de méconium.

Je prescrivis des frictions sèches, deux bains de vin aromatique dans la journée, et du sirop d'ipécacuanha pour faire vomir, dans l'intention de réveiller la vitalité des organes et de provoquer la dilatation pulmonaire, car c'est à une respiration imparfaite que j'attribuais l'état d'engourdissement et de cyanose de l'enfant.

Le sirop n'a pas provoqué le vomissement, mais il est résulté de son emploi plusieurs évacuations alvines abondantes. Néanmoins l'assoupissement a persisté, la cyanose seule a un peu diminué. La respiration paraissait plus facile, quoiqu'elle fût presqu'imperceptible. L'enfant ne pouvait toujours pas tetter.

Je fis alors dissoudre 5 centigrammes de tartre stibié dans 30 grammes d'eau et j'ajoutai du sirop d'ipécacuanha. Cette potion devait être donnée tous les quarts d'heure par cuillerées à café jusqu'à effet vomitif. Elle provoqua encore quelques évacuations alvines, mais de vomissement, point.

Peu à peu le petit malade n'avala plus, devint de nouveau très-bleu et froid, et s'éteignit le cinquième jour après sa naissance, à trois heures du matin.

L'autopsie fut faite vingt-quatre heures après la mort. Le petit cadavre était tout marbré de bleu et de blanc ; la raideur presque nulle.

Toute notre attention fut d'abord portée sur les poumons, dans lesquels on crut devoir rencontrer la cause de la mort. On trouva, en effet, ces organes ramassés dans les gouttières vertébrales. Le sommet et le bord antérieur des poumons étaient seuls colorés en rouge clair et crépitants ; tout le reste, et notamment les lobes inférieurs, tout le lobe moyen du poumon droit et la partie inférieure du lobe supérieur du poumon gauche présentaient la couleur brune et la densité du poumon du fœtus, ou de l'enfant qui n'a pas respiré.

Le thymus était volumineux, occupait toute la partie antérieure de la poitrine et couvrait le cœur par sa base.

Le cœur était également plus volumineux qu'à l'état de bonne conformation. Il mesurait du sommet à la base $0^m,045$; à la base il présentait $0^m,04$ de largeur et $0^m,035$ d'épaisseur.

Avec l'oreillette droite, qui était très-spacieuse, s'abouchait, comme à l'ordinaire, le sinus des veines caves, et dans celui-ci

s'ouvraient les veines coronaires. Le trou de Botal s'apercevait à la partie tout à fait postérieure de la cloison inter-auriculaire ; sa valvule était très-développée ; appliquée sur l'ouverture elle la fermait complétement, mais son bord antérieur n'en était pas moins libre.

L'orifice auriculo-ventriculaire fut trouvé très-large et bordé de deux croissants à bords convexes ; c'était une *valvule mitrale*. Le ventricule était également spacieux, ses colonnes charnues, fortes et bien saillantes, ses parois épaisses. A sa partie antérieure et supérieure, immédiatement au devant de l'orifice auriculo-ventriculaire existait un orifice artériel garni de trois valvules sygmoïdes et plutôt situées sur la substance du cœur qu'à l'origine du vaisseau même. En examinant ce dernier, on reconnut l'aorte qui formait sa crosse à deux centimètres de son émergence et se comportait alors comme à l'ordinaire.

L'oreillette gauche était très-petite, presque insignifiante. Le sinus des veines pulmonaires se trouvait au contraire très développé. Les veines pulmonaires y pénétraient par sa partie postérieure ; les droites près de la valvule du trou de Botal.

L'orifice auriculo-ventriculaire était étroit et garni d'une valvule à trois divisions distinctes ou *triglochine*. Immédiatement au devant de cette ouverture et tout à fait à côté de l'artère aorte on voyait l'origine de l'artère pulmonaire, garnie également de trois fortes valvules sygmoïdes. A un centimètre de son émergence, l'artère pulmonaire envoyait à l'aorte un canal de communication, le canal artériel ; ensuite elle se divisait en deux branches, une pour chaque poumon. Le tronc de l'artère pulmonaire était extrêmement large ($0^m,013$), tandis que ses branches pulmonaires étaient étroites. Le ventricule gauche était cependant moins spacieux que le droit, ses parois étaient plus épaisses et ses colonnes charnues moins détachées.

Il ressort de cette description du cœur qu'il y avait dans ce cas transposition des ventricules et des canaux artériels qui en partent. Le ventricule droit se trouvait à la vérité plus spacieux que le gauche ; les parois de ce dernier étaient plus épaisses ainsi que cela s'observe dans l'état normal ; mais l'orifice auriculo-ventriculaire droit était garni d'une valvule mitrale, tandis que le gauche possédait la valvule triglochine. Du ventricule droit s'élevait l'aorte qui était placée au devant de l'artère pulmonaire. Cette dernière sortait du ventricule gauche, et sa première et principale branche se rendait dans l'aorte descendante (canal artériel).

De cette disposition il résultait nécessairement que le sang veineux apporté par les deux veines caves dans l'oreillette et

dans le ventricule droits, était distribué par l'aorte dans toutes les parties du corps ; et la mort aurait dû être très-prompte si l'artère pulmonaire n'avait pas fourni à l'artère aorte une partie du sang hématosé qu'elle recevait du ventricule gauche. Malheureusement ce sang hématosé n'arrivait pas aux principaux centres nerveux. Et comme l'hématose était elle-même très-incomplète par le défaut de dilatation pulmonaire, la vie n'a pu longtemps durer. L'engourdissement dans lequel l'enfant était plongé pouvait bien faire soupçonner le mélange du sang artériel avec le sang veineux, mais non pas le mécanisme par lequel ce mélange s'opérait.

Nous avons eu l'occasion d'observer un cas analogue, il y a peu de jours, mais qui a entraîné moins promptement la mort. Renseigné par le fait précédent, nous avons même pu soupçonner le vice de conformation que nous avons trouvé à l'autopsie du petit cadavre.

Marie Benoit, âgée de vingt-trois ans, ouvrière à la manufacture de tabacs, bien conformée et bien portante en apparence (1), est accouchée à la clinique, le 15 mai 1850, d'un enfant du sexe féminin, robuste et plein de vie.

Pendant les premiers jours de son existence hors du sein maternel, cet enfant n'a rien présenté de particulier et n'a pas fixé notre attention. Il a pris assez bien le sein de sa mère. Le quatrième jour il avait un peu de jaunisse, ce qui ne l'empêchait pas de bien tetter. Le dixième jour, sa mère demanda à rentrer dans son domicile. Rien de particulier n'avait été observé jusqu'alors, ni dans la circulation, ni dans la respiration.

A peine était-elle rentrée en ville, la fille B. se remît au travail ; mais déjà au bout de deux jours elle ressentit une douleur dans la fosse iliaque gauche, les lochies se supprimèrent ; il se déclara de la fièvre. Elle était sortie de l'hôpital le 25 mai ; elle revint dans notre service le 6 juin, allaitant encore son enfant, et sous le poids d'un phlegmon de la fosse iliaque et d'une cachexie séreuse.

Dès le premier jour on remarqua que l'enfant devenait subitement bleu et comme asphyxié. Comme les extrémités devenaient en même temps très-froides, on soupçonna que c'était par suite de refroidissement que la respiration et la circulation s'embarrassaient ; cependant la mère dit que souvent pareille chose était arrivée à son enfant sans aucune cause appréciable.

(1) Pustules plates, les unes ulcérées, les autres indurées sur la face externe de la grande lèvre droite, depuis un mois seulement, au dire de la fille B.

En le réchauffant, en le frictionnant, il revenait à lui au bout de quelques minutes, et alors il reprenait le sein.

Pendant plusieurs jours ces symptômes se sont reproduits et ont chaque fois disparu par l'usage d'excitants extérieurs. La maladie de la mère avait rendu son lait moins nourrissant. L'enfant eut un peu de diarrhée et un érythème aux fesses.

Le trente-sixième jour (quinzième après la rentrée de la mère et de l'enfant à la clinique), la cyanose était revenue dans l'après-midi et a duré beaucoup plus longtemps qu'à l'ordinaire. Il en est résulté un état d'engourdissement et de faiblesse pendant lesquels l'enfant n'a pas pu prendre le sein. Dans la nuit il a gémi et a été pris de mouvements convulsifs, suivis de résolution complète des membres. Le lendemain, à cinq heures du soir, il mourut.

Ces retours fréquents de cyanose et d'asphyxie sans affection locale accidentelle m'ont fait soupçonner un vice de conformation au cœur, parce que j'ai reconnu des symptômes et une succession de phénomènes que j'avais observés dans les cas que j'ai précédemment décrits. L'autopsie était donc d'un très-grand intérêt pour nous. Elle fut pratiquée devant les élèves qui fréquentaient la clinique et auxquels j'avais communiqué mes soupçons.

La coloration du petit cadavre était pâle bleuâtre.

A l'ouverture de la poitrine, nous fûmes aussitôt frappés par le volume excessif du cœur. Couché en travers sur le diaphragme, sa pointe touchait à la paroi pectorale gauche, tandis que la base atteignait le côté droit du thorax. Le thymus le recouvrait comme à l'ordinaire. Les poumons étaient d'un rose un peu pâle, parfaitement crépitants et ne présentaient aucune trace de maladie. Aucune espèce d'épanchement dans les plèvres.

Je disséquai ensuite le cou jusque sous la mâchoire inférieure pour mettre à nu la trachée et les vaisseaux principaux de ces régions. Les veines jugulaires furent trouvées énormément distendues, la droite surtout. Cette distension se remarquait également à la sous-clavière et à la veine cave supérieure. Ces veines contenaient du sang noir, caillé, qu'on avait de la peine à en faire sortir.

Pour examiner avec plus de soin le cœur et les gros vaisseaux, j'enlevai tout le contenu de la poitrine, depuis la tranchée artère jusqu'au diaphragme. Après avoir débarrassé le cœur du thymus, je le mesurai avec son enveloppe fibreuse. Voici ses dimensions principales :

4° De la base à la pointe, 73 millimètres ;

2° Largeur de la base, 58 millimètres ;

3° Epaisseur ou diamètre antéro-postérieur, 45 millimètres.

Le cœur seul, enveloppé du péricarde, pesait 122 grammes.

J'incisai ensuite le péricarde ; il renfermait une notable quantité de sérosité. Le cœur, mis à nu, était d'une couleur brun-rouge foncé. L'oreillette droite était distendue en proportion de la veine cave supérieure. Elle mesurait en largeur 45 millimètres et 34 en épaisseur. Le sang qu'elle renfermait était adhérent à ses parois, et tellement épais qu'on avait de la peine à l'en extraire. L'oreillette gauche ne présentait rien de particulier et contenait peu de sang. Le trou de Botal était garni d'une valvule complète, mais libre à son bord antérieur.

Les ventricules présentaient une fermeté très-grande ; ils étaient presque durs ; l'épaisseur de leurs parois était considérable ; cependant le ventricule droit était plus petit que le gauche, et vide, tandis que ce dernier renfermait des caillots de sang noir. Les colonnes charnues des deux ventricules étaient développées en proportion des parois. Vide et dépouillé du péricarde, le cœur pesait encore 56 grammes (1).

Après avoir soigneusement disséqué les vaisseaux émergents, on reconnut, en y engageant successivement une sonde de femme, que l'aorte partait du ventricule droit, et l'artère pulmonaire du ventricule gauche. L'artère pulmonaire était tellement large et même distendue, qu'elle avait l'air d'un sac anévrismatique, se terminant tout à coup par trois branches : le canal artériel, court et large, et les deux branches pulmonaires. Cette disposition donnait à l'artère pulmonaire l'aspect de l'artère cœliaque.

En examinant les valvules auriculo-ventriculaires, on vit *deux valvules* à droite et *trois* à gauche.

Il y avait donc dans ce cas : 1° hypertrophie du cœur en général ; 2° transposition des ventricules avec leurs vaisseaux émergents ; 3° dilatation anévrismatique de l'artère pulmonaire.

L'examen des autres organes n'a rien offert de particulier. Le foie, d'un volume médiocre, était d'une couleur brun-noir.

Cette anomalie de conformation et de développement a une grande analogie avec celle de l'observation précédente. Dans les deux cas il y a eu transposition des ventricules du cœur. Dans le premier, le développement relatif des deux ventricules paraissait

(1) Un cœur de fœtus à terme ne pèse que 15 grammes au plus. En supposant qu'il ait le double de volume au bout d'un mois, il ne pèserait que 30 grammes.

normal; cependant l'orifice auriculo-ventriculaire droit n'était garni que d'une valvule bilobée, tandis que celle du côté gauche était triglochine. Il n'existait pas de dilatation contre nature des gros vaisseaux qui se rendent au cœur et de ceux qui en sortent, ni d'hypertrophie du cœur, probablement parce que cet enfant n'a pas vécu aussi longtemps que le dernier. D'après toute apparence, la dilatation anévrismatique du cœur et de l'artère pulmonaire, ainsi que la distension des veines du cou et de celles afférentes à la cave supérieure du second enfant ne se sont formées qu'après la naissance, par suite de la gêne de la circulation en général.

La cyanose ne s'est, en effet, pas déclarée immédiatement après que l'enfant fut venu au monde. Avant que sa mère sortît de l'hôpital, on ne s'en était même pas aperçu. L'enfant a toujours tetté avec une certaine avidité et la nutrition du corps n'a pas souffert. La cyanose ne s'est montrée que peu à peu, n'a eu lieu qu'à de longs intervalles d'abord et a duré peu d'instants. Insensiblement ces espèces d'attaques se sont rapprochées, sont devenues plus longues; finalement l'enfant a succombé par asphyxie ou par syncope.

Malgré les nombreuses recherches que j'ai faites sur les anomalies de conformation du cœur, je n'ai pas trouvé d'exemple de *transposition des ventricules, les oreillettes occupant leur place normale.*

On connaît un assez grand nombre de *transpositions des deux moitiés du cœur* (Tiedemann), dans lesquelles les cavités gauches, ordinairement placées à gauche et en arrière, ont été trouvées en avant et à droite, tandis que celles qui se trouvent dans l'état normal à droite et en avant, étaient placées en arrière et à gauche. Mais dans les deux cas que j'ai décrits, les cavités supérieures ou oreillettes occupaient leur place normale, tandis que les ventricules seuls étaient transposés, si tant il y a que les valvules qui garnissent les orifices auriculo-ventriculaires donnent aux ventricules les caractères par lesquels ont peut les distinguer quand ils ne se trouvent pas à leur place ordinaire.

Dans les deux cas que j'ai observés, la valvule mitrale était placée à droite et la valvule triglochine à gauche. Dans le premier, le ventricule situé à gauche était un peu plus large que celui placé à droite, mais cette capacité plus grande peut s'expliquer par l'accumulation d'une grande quantité de sang veineux dans cette cavité; ses parois présentaient du reste une grande épaisseur. Dans le second cas, le ventricule placé à gauche était un peu distendu par du sang noir caillé.

Tiedemann a décrit un cas de transposition des vaisseaux émergents des ventricules, mais il a eu soin de dire que l'orifice auriculo-ventriculaire droit était garni d'une *valvule tricuspide*, et celui du côté gauche d'une *valvule mitrale*. Et il conclut de la place que ces valvules occupaient que le cœur avait une conformation tout à fait normale, que l'aorte et l'artère pulmonaire étaient seules transposées, la première s'élevant du ventricule droit, et la seconde du ventricule gauche.

Le même savant cite ensuite des observations semblables à la sienne, faites par Baille, Langstaff et Farre. Dans ces trois cas il y avait transposition des artères aorte et pulmonaire, mais il n'est pas question des valvules qui bordaient les orifices auriculo-ventriculaires. Il est seulement dit que le cœur était bien conformé. Cependant, dans le cas de Farre, le ventricule droit avait des parois très-épaisses, tandis que celles du ventricule gauche étaient minces : ceci peut faire soupçonner qu'il y avait aussi transposition des ventricules.

Depuis, Dugès, de Montpellier, et Ducrest ont décrit des conformations analogues, mais il n'est pas question non plus de valvules auriculo-ventriculaires, de façon qu'on ne peut pas dire s'il y avait seulement transposition des troncs artériels, ou si les ventricules eux-mêmes avaient changé de place.

Pour l'explication des troubles de la circulation et du genre de mort des enfants qui ont cette conformation vicieuse du cœur, il importe peu qu'il y ait eu transposition des ventricules avec leurs vaisseaux émergents, ou de ces derniers seulement ; le résultat définitif est toujours le même ; ce n'est que sous le rapport anatomo-pathologique que cette distinction a de l'intérêt.

Aussi longtemps que l'enfant est renfermé dans le sein maternel, cette anomalie de conformation n'entraîne aucun inconvénient, par les raisons bien connues et qu'il est inutile de rappeler ici. Mais dès qu'il est séparé de sa mère et qu'il doit lui-même oxygéner son sang, la mort ne peut pas tarder très-longtemps d'en être la conséquence, car la grande masse du sang ne peut pas être hématosée. L'artère aorte projette incessamment du sang veineux dans toutes les parties du corps. On ne comprendrait même pas que la vie pût durer plus de quelques instants, s'il ne se mêlait pas au sang que charrie l'aorte un peu de sang oxygéné.

Ce mélange a lieu principalement par le moyen du canal artériel qui est la première branche de l'artère pulmonaire, dont l'existence a été constatée dans tous les cas, et qui a même été trouvée quelquefois extraordinairement large. C'est par ce canal

qu'une partie du sang revenu du poumon par les veines pulmonaires est mêlée au sang carbonisé renfermé dans l'aorte. Mais le sang ne s'introduit dans la circulation artérielle générale qu'au-dessous de la grosse de l'aorte, de sorte que, si les deux arbres artériels n'avaient pas d'autre communication, il en résulterait encore que la vie ne pourrait pas s'entretenir longtemps; d'abord parce que les principaux centres nerveux ne recevraient que du sang impropre à les exciter, et ensuite parce que la provision du sang renfermée dans les cavités gauches du cœur serait bientôt écoulée par le canal artériel. Il est probable que le sang renfermé dans le cœur gauche peut aussi se renouveler en partie par le trou de Botal. Quoique, au moment de la naissance, ce trou paraisse tout à fait fermé, la valvule qui forme plus tard sa cloison obturatrice n'est pas adhérente partout au cercle fibreux qui borde cette ouverture. Sa partie antérieure forme un croissant qui peut être écarté de ce cercle par une colonne de sang, chassée latéralement par l'oreillette droite. Par cette voie une partie du sang veineux arrive dans l'oreillette gauche et va, en passant par le ventricule et l'artère pulmonaire, s'hématoser dans les poumons et remplacer la portion qui s'écoule par le canal artériel.

Tiedemann a trouvé les artères bronchiques venant de l'aorte très-distendues, et il pense que le sang qu'elles charrient, veineux puisqu'il vient de l'aorte, sert aussi à alimenter celui qui reflue du poumon vers le côté gauche du cœur.

De cette manière la vie peut être entretenue pendant un temps variable. Des deux enfants dont j'ai fait la description, la premier n'a vécu que *quatre jours*, le second *cinq semaines*. Celui de Tiedemann est mort *douze jours* après sa naissance; celui de Baillie a succombé à l'âge de *sept semaines*, celui de Langstaff à *dix*, et celui de Farre n'est mort qu'à l'âge de *cinq mois*, et il n'a même succombé que pendant une maladie grave, la petite-vérole, quoiqu'immédiatement après sa naissance on eût observé des symptômes qui indiquaient un désordre dans la circulation.

Chez le premier des enfants dont j'ai décrit l'anomalie de conformation du cœur, il y a eu immédiatement après la naissance respiration incomplète, engourdissement, pâleur d'abord, puis cyanose avec refroidissement des extrémités, enfin difficulté de la déglutition, gémissements. Aussi la mort a-t-elle été prompte, et l'autopsie a-t-elle fait découvrir, outre la transposition des ventricules du cœur, un défaut d'expansion pulmonaire qui a hâté l'asphyxie. Chez le second enfant on n'a rien remarqué de particulier pendant les dix premiers jours, si ce n'est une jau-

nisse. L'enfant a tetté et toutes ses fonctions, notamment la respiration, se sont exécutées normalement. Mais après que la mère fut rentrée chez elle, les symptômes d'asphyxie ont commencé à se déclarer par crises ou attaques. D'abord ces crises étaient très-rares; peu à peu elles se sont rapprochées et se sont enfin terminées par des convulsions.

Chez l'enfant dont parle Tiedemann, on n'avait non plus rien observé de particulier pendant les huit premiers jours, si ce n'est qu'il tettait avec quelque difficulté. Le neuvième se déclarèrent des symptômes d'asphyxie. Pendant les crises la peau devenait violette et froide. Les crises se rapprochèrent et furent de plus en plus intenses jusqu'à la mort. Enfin, les mêmes symptômes ont été observés dans les cas analogues décrits par les autres auteurs que j'ai cités.

Si la vie s'est éteinte plus promptement chez quelques enfants que chez d'autres, c'est qu'outre la distribution vicieuse du sang, il y avait encore d'autres causes de mort, comme, par exemple, dans le premier des cas qui font le sujet de cette communication, une respiration incomplète, par suite de laquelle l'oxygénation du sang a été presque nulle.

C'est donc toujours par asphyxie que ces enfants succombent tôt ou tard. La vie s'entretient plus ou moins longtemps, suivant que le sang hématosé parvient plus ou moins facilement à se mêler à celui qui circule dans l'aorte et ses divisions. Mais comme les voies de communication ont de la tendance à s'oblitérer, il arrive un moment où l'asphyxie doit être imminente. C'est ce qui s'est passé dans le cas de Farre. Quoique l'enfant soit mort pendant qu'il avait la petite-vérole, il n'en a pas moins succombé à l'asphyxie provenant du défaut d'hématose par suite de transposition des artères, et à l'autopsie on a trouvé l'artère pulmonaire *extraordinairement étroite*, et le canal artériel *rétréci*. Si, au contraire, ces vaisseaux acquièrent une dilatation anévrismatique, ainsi que le second cas que j'ai décrit en offre un exemple, c'est en partie par la stase du sang ou par syncope que la mort survient.

Tout concourt donc à faire penser que la mort doit avoir lieu inévitablement et presque toujours au bout de peu de temps, dans les cas de transposition des ventricules du cœur ou seulement des vaisseaux artériels qui en émanent. Aussi tout traitement serait-il incapable d'entretenir la vie, et faut-il se borner à combattre par les moyens connus les symptômes de l'asphyxie par défaut d'hématose.

Ce genre de mort pourrait être confondu avec une mort vio-

lente; c'est ce qui m'a fait dire au commencement de cette note qu'il importe surtout au médecin légiste de bien examiner tous les organes du cadavre fœtal, et principalement le cœur, pour tâcher de découvrir si la mort n'a pas été une conséquence naturelle d'un vice de conformation de cet organe.

VI. Chirurgie, Orthopédie et Ophthalmologie.

PATHOLOGIE EXTERNE.

12. *Plaie très-étendue de la tête et de la face, avec quelques réflexions sur les divers moyens unissants*; par le docteur E. Soulé, chirurgien adjoint de l'hôpital Saint-André.

(Journal de médecine de Bordeaux, mars 1851.)

Obs. — Auguste Despouis, âgé de vingt-huit ans, forgeron, fut transporté à l'hôpital Saint-André, le 10 octobre 1847, et couché salle 18, n° 12.

Cet homme, d'une constitution athlétique et doué d'une grande énergie morale, me raconta qu'il avait été assailli par un individu qui lui avait porté un vigoureux coup de faulx sur la tête; que, se sentant blessé et étourdi par le choc, il avait cependant pu faire quelques pas pour gagner une chaumière voisine et réclamer les premiers secours. Le traumatisme que présentait ce malheureux, offrait un aspect effrayant et que je vais essayer de décrire; il sortait des limites de la chirurgie civile, et frappa mon attention, autant par l'étendue des lésions que par leur profondeur.

Toute la partie latérale gauche des téguments du crâne et de la face, était littéralement détachée de haut en bas, de manière à figurer un lambeau tombant sur l'épaule correspondante. Les limites en étaient les suivantes : en haut, la région temporo-pariétale ; en bas, le rebord de la mâchoire inférieure ; l'apophyse mastoïde, en arrière ; en avant, la commissure labiale, achevaient de circonscrire ce vaste traumatisme.

Ce lambeau, peu épais à son extrémité inférieure, et ne tenant plus que par la peau et le tissu cellulaire qui la double, offrait beaucoup plus de densité vers son extrémité supérieure. On y trouvait, en effet, compris une grande partie des muscles de la face, l'os malaire et la moitié antérieure de l'apophyse zygomatique.

L'oreille se trouvait divisée en deux portions, dont l'antérieure était attenante au lambeau ; la paroi externe de l'orbite, constituée par l'os malaire, avait subi une perte de substance qui permettait de voir et de toucher le coussinet graisseux qui enveloppe le globe osculaire.

J'avoue que je fus douloureusement impressionné par la vue de pareils désordres ; quoique témoin, par ma position, de traumatismes graves et multipliés, je ne pus me défendre d'un sentiment de défiance dans la force médicatrice de la nature. Il y avait, dans ce visage vivant d'écorché, quelque chose de repoussant, que je n'ai retrouvé nulle part dans les diverses opérations de la face qui se sont passées sous mes yeux.

La conduite que j'avais à tenir m'occupa un instant. Fallait-il se borner à faire l'application de ce vaste lambeau sur la surface traumatique ? ou bien était-il urgent de faire, au préalable, l'ablation de la portion volumineuse de l'arcade zygomato-malaire contenue dans son épaisseur ? Il m'était permis d'avoir un moment d'hésitation sur ce point de pratique, jugé, comme on le sait, d'une manière différente par les chirurgiens qui s'en sont occupés, à propos des plaies de tête. En enlevant cette portion d'os, je plaçais le malade dans des conditions de réunion plus favorables, je ne me le dissimulais pas, cette masse osseuse pouvant difficilement contracter des adhérences et se mortifier même à la longue ; mais j'augmentais de beaucoup la difformité, alors que sa conservation me permettait de ménager à ce malheureux une forme beaucoup plus régulière, chose qui méritait aussi d'être prise en sérieuse considération.

Je me décidai donc, tout bien examiné, pour la conservation, une pareille détermination ne pouvant, à mon avis, entraîner qu'un peu plus de longueur dans la suppuration, mais ne risquant nullement occasionner d'accidents primitifs nouveaux. C'est pourquoi je commençai à laver et abterger le lambeau ; ce temps préparatoire fut d'une assez grande longueur ; il fallut, en effet, raser sa face cutanée, recouverte d'une barbe longue et épaisse, ce qui n'était pas chose facile sur une peau mobile, se repliant et complétement dépourvue de point d'appui. Je mis tous mes soins à débarrasser la face profonde de la terre et du sang qui la souillaient.

Une fois bien propre, le lambeau fut exactement appliqué sur la surface saignante dont il avait été détaché, en essayant de conserver à la pièce osseuse les rapports les plus exacts. Neuf points de suture, dont cinq pour l'oreille, en fixèrent la circonférence, pendant que des bandelettes nombreuses et méthodiquement

disposées, assuraient la mise en rapport du centre par une compression suffisante.

Le soir, un peu de réaction ; saignée du bras de 350 grammes.

Le 11 octobre, la nuit a été assez bonne ; point de douleurs.

Le 12, bonne nuit ; gonflement des deux paupières correspondantes. Je dépanse le malade et j'ai la satisfaction de voir que le lambeau a repris de la vitalité ; il n'est plus froid comme il l'était au moment de son application ; le gonflement est, du reste, modéré. L'adhésion paraît s'être faite dans la majeure partie de la circonférence de la plaie ; je sacrifie quelques points de suture.

Le 16, la tuméfaction de la face a en partie disparu, grâce à l'écoulement purulent qui se fait par les angles de la plaie ; on fait également sourdre une certaine quantité de pus par le sommet du lambeau, vers lequel existe un décollement d'un centimètre et demi environ ; quant à l'état général, il est des meilleurs ; je permets deux potages. La réunion du pavillon de l'oreille a cédé ; j'y pratique deux points de suture.

Le 18, de la tension s'est manifestée vers la base du lambeau ; l'écoulement paraissant se faire avec moins de facilité par les angles inférieurs, je me décide à ponctionner vers le point le plus culminant, et j'évacue ainsi une certaine quantité de pus mélangé à du sang. Infusion de quinquina, bouillon, vin.

Jusqu'au 21, suppuration des plus abondantes ; quelques détritus gangréneux s'offrent à l'angle portérieur et inférieur ; j'en opère la résection. Le sommet du lambeau offre également une bandelette mortifiée, de la grandeur d'un centimètre, que force est de sacrifier. Affaissement marqué de la joue, en même temps qu'on y remarque plus de souplesse.

Le 25, la suppuration a notablement diminué, et, avec elle, la tension et le volume de la face. État général, toujours excellent.

Il est maintenant inutile de noter, avec autant d'exactitude, les phases de ce grave traumatisme. Qu'il me suffise de dire que rien n'est venu entraver la guérison, et que le malade est sorti de l'hôpital vers la fin de novembre. A cette époque, la cicatrisation était complète, et il ne sortait pas un atome de pus par la circonférence de la plaie ; seulement, à l'angle postérieur et inférieur, persistait un léger pertuis, par où s'écoulait une faible quantité de salive. Comme on pouvait le prévoir, le malade était, en outre, affecté d'une paralysie faciale prononcée.

Depuis, j'ai eu plusieurs fois l'occasion de revoir mon malade, et j'ai eu la satisfaction de constater que la difformité s'est de beaucoup diminuée ; l'écoulement de la salive n'a persisté que

quelques semaines après sa sortie, et la paralysie faciale s'est de beaucoup amendée.

Une partie de cette cicatrice étendue est cachée par la barbe et la chevelure ; de sorte, qu'à raison de cette circonstance et du retrait marqué qui s'est opéré dans le lambeau, il est difficile de juger, à présent, de l'étendue qu'a offerte primitivement ce traumatisme.

Réflexions. — Plusieurs questions, d'une certaine importance, me semblent soulevées par le fait que je viens de relater : c'est pourquoi je vais en faire l'objet de quelques réflexions qui s'y rattachent le plus immédiatement. Et, d'abord, j'avoue que c'est le cas le plus concluant de réunion qui se soit offert à mon observation. On ne peut, en effet, méconnaître le peu de sources de nutrition qui existait pour un lambeau aussi considérable. L'instrument, avons-nous vu, avait agi de telle sorte, que, très-épais vers son sommet, il s'amincissait progressivement, et n'était constitué inférieurement que par la peau et le tissu cellulaire sous-cutané.

Aussi appréciai-je tout d'abord ce qu'il y avait de désavantageux dans une pareille disposition, et ne me dissimulai-je pas le peu d'épaisseur du pédicule, qui, quoique assez étendu, ne pouvait recevoir de sang que de la circulation sous-cutanée. Je crois qu'il faut ici faire intervenir, pour une grande part, la région. La face, en effet, aux yeux des chirurgiens, sera toujours la terre promise de la réunion : sa vascularité extrême rend compte de cette favorable disposition.

Il paraît, au premier abord, surprenant qu'après avoir détaché une aussi grande étendue de tissus, après avoir sectionné un os, l'instrument, qui avait agi avec tant de violence, n'ait pas complété son ouvrage, et n'ait pas totalement enlevé le lambeau. Mais, en y réfléchissant un peu, on ne tarde pas à s'expliquer ce fait par l'obliquité de son action, d'une part, et ensuite par la chute du lambeau qui, retombant immédiatement sur l'épaule, lui a offert un plan incliné facile à parcourir, en même temps qu'il permettait à la peau, extrêmement lâche dans cette région, de céder et de se laisser refouler.

Faute de ce concours de circonstances, la section eût été complète, et le malade m'eût peut-être apporté sa joue dans la main ! C'eût été un fait analogue à celui rapporté par Garengeot, si diversement jugé, que, de nos jours encore, il existe des hommes qui ne peuvent réprimer un sourire d'incrédulité à son récit.

Quant à moi, en présence de faits que j'avais vus précédemment, en présence d'observations assez nombreuses que ren-

ferme la science, je n'aurais pas hésité un seul instant à réappliquer le lambeau complétement détaché ; et eussé-je échoué dans cette circonstance, que cela n'eût ébranlé en rien mes convictions à cet égard, l'insuccès, ici, ayant parfaitement pu s'expliquer par la nature du cas lui-même et par l'étendue de la lésion.

Malgré le scepticisme de plusieurs praticiens, il n'en existe pas moins des faits concluants, qui, sans être en très-grand nombre, fixent, ce me semble, d'une manière définitive, ce point de la pratique. C'est ainsi que, dans sa médecine opératoire, M. Velpeau en cite quelques-uns, et entre autres le suivant ;

« Un membre de l'Académie de médecine, M. Gorre, se détache, avec son rasoir, et cela d'une manière complète, un morceau de la pulpe du doigt. Il court immédiatement chez ce chirurgien, qui, après avoir abstergé de son mieux la partie détachée, la réapplique et la fixe à l'aide de bandelettes agglutinatives. L'adhésion fut complète ; seulement, l'épiderme correspondant fut frappé de mortification et détaché. »

Sans être aussi concluants, les cas où il n'y a eu qu'un petit lambeau conservé, et dans lesquels l'adhésion s'est faite, ont cependant leur part d'importance ; et il faut, ce me semble, admettre que, dans cette reconstitution, il y a plus que ce que peut expliquer ce léger lien, il y a une tendance à la nutrition face à face.

Voici deux cas qui, joints à l'observation qui me fournit ces quelques réflexions, tendent à prouver ce fait :

Il y a deux ans environ qu'on admit à l'hôpital St-André un homme de quarante ans, qui venait de recevoir un coup de hache sur le médius de la main gauche. L'instrument avait agi de haut en bas et de la face dorsale vers la face palmaire, de manière à fracturer la première phalange en biseaux très-aigus. Le doigt ne tenait plus que par un lambeau palmaire de deux ou trois millimètres, ne comprenant que la peau et du tissu cellulaire.

Le malade réclamait avec instance l'amputation. Il suffisait, disait-il, de donner un coup de ciseau, et ce ne fut pas sans peine que je parvins à le décider à se laisser conserver le doigt. Voici quelle est la manière dont je procédai, et j'avoue qu'en faisant cette tentative, je ne m'attendais à un résultat ni si beau, ni si prompt :

Je commençai par détacher le fragment inférieur dans son articulation avec la deuxième phalange, qui était ouverte ; je régularisai, à l'aide d'une pince incisive, la saillie qu'offrait le supérieur. Le doigt fut ensuite placé sur une attelle de bois léger, et le tout réuni par des bandelettes agglutinatives. Je m'abstins

de faire des irrigations, préférant, par leur absence, trop d'inflammation à la mortification qu'elles pouvaient entraîner.

Le malade passa les premières vingt-quatre heures sans éprouver de douleur, seulement quelques légers picottements. *Mon doigt est pris*, me dit-il le lendemain ; et il me fut facile de contrôler cette assertion. La pulpe du doigt avait, en effet, repris de la chaleur ; les jours suivants, point de suppuration ; c'est à peine si les linges extérieurs sont tachés de quelques gouttes de sang ; nulle odeur.

Je me décide, le sixième jour, à visiter la plaie, que je trouve solidement réunie ; par pure précaution, l'attelle fut laissée quelques jours encore, et ce beau résultat ne se démentit point,

Le malade sortit quinze jours après de l'hôpital, fort étonné d'avoir conservé son doigt, et se consolant de son raccourcissement, ainsi que de son peu de mobilité volontaire.

Le second fait est tiré de la *Gazette des hôpitaux* (année 1843, p. 324), et est très-problablement un des cas les plus concluants que l'on connaisse. En voici le résumé :

« La nommée Mourey, âgée de cinquante ans, reçut un coup de corne de vache, qui pénétra par la bouche ; puis, décrivant un demi-cercle d'avant en arrière et de bas en haut, en passant derrière les fosses nasales, vint ressortir au-dessus de la racine du nez, et, par un mouvement de traction, arracha, d'une seule pièce, tous les os et les parties molles qui concourent à la construction du nez, des fosses nasales, de la voûte palatine, du maxillaire supérieur de la paroi interne des deux orbites.

« Cette masse osseuse ne tenait plus que par un très-léger lambeau de quelques millimètres d'épaisseur, formé par la peau de la commissure droite des lèvres. La réunion en fut tentée, et la guérison fut complète après une suppuration de deux mois et demi.

« M. Odelph, auquel la science est redevable de ce fait exceptionnel, a revu la malade deux ans après. La figure n'offre pas de déformation notable. »

J'ai employé, ainsi qu'on a pu voir, un assez grand nombre de points de suture pour maintenir ce vaste lambeau, et cela, malgré que je m'abstienne de cette pratique toutes les fois que cela m'est possible. Le poids, la grandeur de cette surface, le sens selon lequel elle était détachée, toutes ces raisons motivent, à mes yeux, la conduite que j'ai suivie ; aussi, en pratiquai-je l'enlèvement dans les premières quarante-huit heures, comptant, à cette époque, le résultat que j'en attendais obtenu, et voulant, avant toutes choses, prévenir l'accumulation des produits divers

qui se forment, presque nécessairement, dans une vaste plaie incomplétement réunie.

Cette question de la réunion immédiate et de l'emploi de moyens unissants, a, à diverses époques, préoccupé l'esprit des chirurgiens; et, malgré les travaux multipliés qui ont reçu le jour sur cette matière, on est loin, il faut le dire, d'être d'accord sur la thérapeutique, si on s'entend sur les avantages qu'il y a à obtenir l'adhésion la plus prompte et la plus complète. Sans partager en tout point les préventions exagérées de Pibras et de Louis contre la suture ; sans la proscrire d'une manière absolue dans tous les cas, et tout en reconnaissant qu'il en est où elle est indispensable, il y a un grand nombre de chirurgiens qui en restreignent de beaucoup l'usage, alors que d'autres s'en montrent partisans. C'est ainsi que, dans un travail dont la Société de médecine de Bordeaux m'a nommé rapporteur, M. le docteur Foucart la recommande dans tous les cas où elle est possible.

Pour ma part, je l'avoue, je suis loin d'adhérer à un semblable précepte, convaincu que je suis que, dans bien des circonstances, loin de favoriser la promptitude de la réunion, les sutures ne font, au contraire, que jouer le rôle de complications, en ne permettant pas au sang et au pus de se frayer une voie facile à l'extérieur. J'ai fourni, je crois, les preuves de cette assertion, en publiant en détail des observations dans lesquelles, quoique habilement pratiquée, la synthèse trop exacte de vastes plaies avait été nuisible. Combien de fois ne m'a-t-il pas fallu, vaincu par les souffrances du malade, désunir de vive force les lèvres de moignons superficiellement réunis, et même me servir du bistouri lorsque l'adhérence était trop intime.

Ce problème de la réunion des plaies doit, ce me semble, pour recevoir une solution satisfaisant à toutes les exigences, être décomposé, et ne pas être l'objet d'un précepte général ; car, à côté de plaies où la suture peut devenir très-nuisible, il en est dans lesquelles elle rend des services qu'on serait, je crois, coupable de négliger. L'ancienne Académie de chirurgie a été trop générale dans sa proscription ; l'École de Montpellier est tombée dans le défaut contraire.

Je vais essayer de préciser de mon mieux quelles sont les indications ou les contre-indications de la suture, tout en reconnaissant que cette matière mériterait des détails beaucoup plus étendus que ceux que les limites de ce travail me permettent de lui donner.

Une première catégorie comprend, à mon avis, les plaies de la face, qui, je le crois, se prêtent de la manière la plus heureuse

à l'emploi de la suture. Il y a, en effet, dans cette région, une vascularité telle, et, d'autre part, il est si facile de maintenir toute l'épaisseur de la plaie en contact, que la réunion se fera presque toujours. La contusion n'est même pas, à mon sens, une contre-indication dans ces cas, et il est de précepte de réunir. J'ai eu à traiter, à l'hôpital, une assez grande quantité de plaies de cette nature ; la plupart étaient le résultat de causes contondantes ; j'ai toujours réussi. J'ai même conservé le souvenir de deux malades qui sont les plus probants dans l'espèce. Il s'agissait de deux maçons qui, en tombant d'un échafaudage, se mutilèrent au plus haut point la face. Les lèvres étaient divisées en divers sens : chez l'un, l'inférieure était presque complétement détachée ; les bords de ces solutions de continuité étaient, en outre, irréguliers et mâchés. La suture entortillée fut tentée ; et, malgré le gonflement considérable qui s'empara des lèvres de la plaie, les accidents cérébraux qui se manifestèrent dans ce cas, elle ne fut pas moins suivie du résultat le plus complet, et les cicatrices linéaires.

Je crois que la suture entortillée est la seule qui convienne ; elle seule, en effet, peut assurer des rapports suffisants de la part de la solution de continuité ; aussi, est-elle généralement accueillie par les chirurgiens, malgré les efforts de Mayor, de Lausanne, pour lui substituer la suture emplumée.

Sur d'autres points du corps, la question ne peut, je crois, se juger avec autant de facilité : il y a, en effet trop de différences, dans l'épaisseur, la qualité des parties divisées, dans la direction qu'affecte la solution de continuité, dans la tendance à s'écarter, plus ou moins grande, qu'ont les bords, pour que le même précepte soit ici d'application ; aussi, convient-il, je crois, d'examiner successivement ; 1° les plaies n'intéressant que la peau et le tissu cellulaire ; 2° celles qui pénètrent plus profondément et qui comprennent une certaine épaisseur de muscles ; 3° les plaies beaucoup plus étendues et moins régulières, les moignons d'amputation, par exemple ; 4° les plaies compliquées de contusions, d'hémorrhagies, etc.

1° *Plaies n'intéressant que la peau et le tissu cellulaire.*

Coupée dans toute son épaisseur, la peau a une rétraction qui lui est propre, et que le chirurgien sait bien utiliser dans la confection d'un moignon d'amputation ; mais cette tendance à se retirer est loin d'être la même dans toutes les régions et chez tous les individus. Le mode d'union du tégument externe aux couches organiques qu'il revêt, rend complète raison de ce phénomène. Le tissu cellulaire est-il, en effet, rare, et permet-il

un facile glissement de la peau, la rétraction trouvera des conditions très-favorables pour s'effectuer ; par contre, est-il plus abondant, plus feutré, les lèvres de la plaie s'écarteront peu. On ne peut rien poser d'absolu à cet égard, l'embonpoint du sujet ayant une influence capitale sur cet effet.

La majeure partie des plaies de cette catégorie se réunira facilement avec les simples moyens unissants ; les bandelettes agglutinatives, par exemple, combinées à une position convenable. La suture ne me paraît donc devoir être appliquée ici que dans deux conditions (1) :

1° Lorsque la tendance à la rétraction est trop considérable pour obtenir un affrontement suffisant des bords de la plaie ;

2° Lorsque ce premier résultat pouvant être convenablement obtenu, on ne peut cependant pas assurer le rapport exact des surfaces saignantes, la peau tendant à se replier et à s'adosser par sa face épidermique : ce dernier inconvénient m'a surtout frappé dans certaines régions, comme l'avant-bras, par exemple ; il nécessite, pour se produire, une peau très-mince et fort peu adhérente.

2° *Plaies pénétrant plus profondément et comprenant une certaine épaisseur de muscles.*

Lorsqu'un ou plusieurs muscles sont coupés en travers, la tendance à la rétraction est beaucoup plus considérable que dans le cas précédent ; de sorte que la suture trouve ici une application plus générale. Je crois qu'il serait à peu près impossible de réunir, d'une manière satisfaisante, par les simples moyens unissants. Le mode d'union qui me paraît le plus convenable est la suture entortillée, parce qu'elle seule peut assurer le rapport du fond de la solution de continuité, et immobiliser les bouts du muscle coupé, soumis quelquefois à une contraction spasmodique. Objectera-t-on l'inflammation produite par les épingles ? Je répondrai : que, tout en leur conservant assez de résistance, on peut, cependant, leur donner assez de finesse pour être à peu près innocentes, alors même qu'elles séjourneraient cinq et six jours.

Je crois que cette méthode doit être rigoureusement employée

(1) C'est dans cette espèce de plaies que les *serre-fines* de M. Vidal de Cassis me paraissent plus spécialement devoir être appliquées, ce moyen unissant me semblant avoir plus d'action dans les solutions de continuité superficielles, et ne s'accommodant que de téguments fins. La circoncision et les sutures de la muqueuse labiale, d'après le procédé de Dieffembach, sont, sans contredit, simplifiées par l'usage de ces petits instruments.

toutes les fois que les parois abdominales ont été divisées en totalité ou dans une certaine portion de leur épaisseur.

On comprend, en effet, sans commentaire, toute la portée qu'a ici une réunion aussi prompte et surtout aussi exacte que possible. Il y a un an que je publiai, dans ce recueil, un cas de plaie abdominale, qui, entre autres particularités, offrit ce résultat, obtenu au plus haut degré.

En parlant de la section des muscles, nous sommes naturellement conduit à dire un mot des plaies des tendons, sur le traitement desquelles les chirurgiens ont, comme on le sait, singulièrement varié. J'avoue que, pour ma part, je suis loin de partager les idées de ceux qui, avec M. Roux, ont prescrit de s'abstenir, et que, dans les cas où l'écartement ne peut être vaincu, ni par la position, ni par les bandages, je serais assez porté à en tenter la réunion par la suture entortillée; car, en admettant, avec quelques chirurgiens, que la guérison doit avoir lieu, presque toujours, par l'interposition d'un tissu unissant les deux bouts du tendon, la suture aurait toujours l'avantage de rendre cette production la moins longue possible, et de placer le malade dans des conditions, par contre, plus favorables.

3° *Plaies intéressant une épaisseur beaucoup plus considérable de tissus, moignons d'amputation, par exemple.*

Dans ce cas, je crois que l'on doit être beaucoup plus réservé dans l'application des sutures, et cela par les raisons suivantes :

Cette catégorie de plaies contient des tissus de nature très-différente, et, quelque régulière qu'elle soit, se prête peu à la réunion primitive ; ensuite, des vaisseaux importants ont été divisés et ont nécessité l'application d'un et le plus souvent de plusieurs fils, qui, quoique tenus, n'en constituent pas moins autant de corps étrangers venant irriter, par leur présence, la plaie, et l'empêcher, pour leur part, de se réunir. D'autres vaisseaux, d'un ordre inférieur, sont également des obstacles à l'obtention de ce résultat, par les exsudations qu'ils fournissent, et qui quelquefois, complétement arrêtées, recommencent à couler une fois que le pansement est terminé.

La difficulté, à mes yeux, gît dans la presque impossibilité où est placé le chirurgien de parfaitement affronter toute l'épaisseur de la plaie. Pour peu, en effet, qu'il y ait une cavité quelconque, le sang, consécutivement, du pus, peuvent venir s'y accumuler, et, si le reste est réuni, devenir le point de départ d'accidents fâcheux, dont il ne faut alors accuser que le désir de trop bien faire. Il y a, en dernier lieu, à tenir compte d'une circonstance capitale : il ne faut pas faire dépendre la réunion des plaies uni-

quement de leur pansement et de circonstances purement mécaniques : il y a à considérer également la constitution, l'aptitude *agglutinative* du malade. Il y a des sujets chez lesquels la moindre cause amème de la suppuration : ce sont ceux que l'on désigne dans le monde, en disant qu'ils ont *chair mauvaise*. Chez ces derniers, on échouera avec la réunion la plus exacte.

En résumé, je crois que, dans cette catégorie de plaies, il y a plutôt avantage à négliger la suture, pour s'en tenir aux simples moyens agglutinatifs.

4° *Plaies compliquées de contusion, d'hémorrhagie.*

Ici, il peut y avoir encore des circonstances contre-indiquant les sutures. Si la contusion est extrême, elle doit presque nécessairement se terminer par des gangrènes plus ou moins étendues ; à un moindre degré, des accidents inflammatoires peuvent se développer à un point tel, qu'ils doivent devenir suppuratifs.

Parmi les hémorrhagies, il en est qu'une réunion peut arrêter par la compression qu'elle exerce, comme, par exemple, dans les opérations que l'on pratique sur les lèvres, sur la face ; tandis que, dans d'autres, l'écoulement continue, et l'on a affaire, alors, à des infiltrations, des épanchements désorganisateurs, ou à des anévrismes faux primitifs. Mieux vaut alors l'hémorrhagie externe, à laquelle on peut remédier ; mieux vaut, par conséquent, ne pas réunir.

---

13. *De la cure radicale des hernies inguinales et d'un nouveau moyen de l'obtenir*; par M. le docteur Aug.-D. Valette, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Lyon, chirurgien en chef (désigné) de l'hôpital de la Charité, ex-chirurgien aide-major, lauréat de l'hôpital du Val-de-Grâce. (Mémoire lu à l'Académie des sciences dans sa séance du 10 février 1851.)

(Gazette médicale de Paris, N° 17; 1851.)

> Il n'y a pas lieu d'opérer, tant que l'on n'aura pas trouvé un moyen sans péril pour la vie.
> (Sédillot, Méd. opérat.)

La multiplicité des travaux entrepris dans le but d'obtenir la cure radicale des hernies témoigne à la fois et des difficultés que présente la solution du problème, et de l'importance qu'il y aurait à la trouver. L'étude de l'art nous montre d'abord la chirurgie ignorante et grossière, employant contre ces affections des moyens barbares, des mutilations cruelles, des opérations

toujours dangereuses, auxquelles on ne renonça que bien difficilement, et alors seulement que des chirurgiens illustres comme Dionis, Bordonave et l'Académie royale de chirurgie, les eurent énergiquement condamnés. Pendant quelques années le problème fut à peu près abandonné, et on ne songeait plus à opposer aux hernies autre chose qu'un traitement palliatif; mais les chirurgiens de notre époque ont repris la question : forts de connaissances anatomiques précises, plus éclairés sur les causes des dangers qui accompagnaient les opérations pratiquées autrefois, ils ont proposé plusieurs méthodes de traitement pour la plupart fort ingénieuses et fort habilement conçues. Mais le problème a-t-il été résolu ? Le but poursuivi a-t-il été atteint ? On peut hardiment répondre par la négative. Si quelques doutes restent sur ce point dans l'esprit de quelque lecteur optimiste, ils se dissiperont devant l'unanimité des autorités imposantes, dont le témoignage sera invoqué quelques pages plus loin. Quelque décourageant que soit le passé, j'ai à mon tour abordé la question, et je crois l'avoir résolue pour ce qui concerne les hernies inguinales, de toutes, à beaucoup près, les plus communes. Je livre à l'appréciation du public médical le résultat de mes recherches.

Quand on a la prétention d'avoir fait un pas en avant, d'avoir réalisé un progrès, c'est un devoir de bien préciser le point de départ, de bien examiner ce qui a été fait; aussi l'exposition des méthodes et procédés opératoires proposés jusqu'à nous doit-elle trouver place ici. Indépendamment de l'intérêt qui se rattache aux recherches historiques, je trouverai, dans cette revue rétrospective, des jalons qui m'indiqueront la route à suivre, et me signaleront les écueils à éviter. Je crois devoir auparavant rappeler en peu de mots la disposition anatomique des parties, ou tout au moins quelques détails anatomiques, parce que la connaissance exacte de la configuration du canal inguinal et des modifications qu'il présente dans le cas de hernie, est nécessaire pour bien comprendre l'action des moyens thérapeutiques employés jusqu'ici, et surtout le mécanisme de la guérison par la méthode que je veux faire connaître.

Je n'ai pas à m'occuper du canal inguinal à l'état normal, je ne pourrais du reste que répéter ce qui est écrit dans tous les traités d'anatomie, lorsqu'une hernie existe, cette configuration change et présente, suivant les sujets, des différences importantes à signaler. De deux choses l'une, ou la hernie est récente et peu volumineuse, ou elle est ancienne et forme une tumeur plus ou moins considérable. Dans le premier cas, la hernie est complète

ou incomplète, mais le canal existe toujours, et le scalpel retrouve l'orifice externe, l'orifice interne, séparés l'un de l'autre par le canal qui ne présente qu'un diamètre plus grand que dans l'état normal. Si lorsque les choses sont encore dans cet état, on réduit la hernie, et si après avoir introduit le doigt dans l'anneau, en refoulant un bouchon cutané, on le met à découvert à l'aide d'une incision, le bistouri intéressera successivement :

La peau,
Le tissu cellulaire sous-cutané,
Le fascia superficialis,
L'aponévrose du grand oblique,
Et enfin la peau refoulée par le doigt.

Les choses changent lorsque la hernie est ancienne et volumineuse; en effet, l'anneau interne est peu à peu entraîné en dedans et en bas, et il arrive un moment où il vient se placer derrière l'anneau externe : ces deux orifices se confondent, ne forment plus qu'une ouverture à travers laquelle passent les intestins, le canal inguinal a disparu. Si on répète la même expérience que tout à l'heure, c'est-à-dire si, après avoir réduit la hernie, on introduit le doigt dans l'ouverture, en refoulant les téguments, on pénètre directement dans la cavité abdominale. Qu'on fasse par la pensée une incision qui mette à découvert le doigt ainsi introduit, le bistouri divisera alors successivement :

La peau,
Le tissu cellulaire sous-cutané,
Le fascia superficialis,
L'aponévrose du grand oblique ;

Comme dans le cas précédent ; mais il intéressera encore quelques fibres du petit oblique :

L'aponévrose du transverse,
La peau refoulée par le doigt.

En résumé, si le canal existe, un corps arrondi, introduit dans son intérieur, passera derrière l'aponévrose du grand oblique seulement; mais il sera en rapport en arrière avec la paroi postérieure du canal. Si celui-ci n'existe plus, ce qui est le cas le plus fréquent, il passera derrière toute l'épaisseur de la paroi abdominale, et sera en rapport, en arrière, avec les organes contenus dans le ventre. Il est de la dernière importance de ne pas perdre de vue ces particularités anatomiques, pour l'intelligence de ce qui va suivre.

J'ai peu de chose à dire des rapports du canal inguinal avec les parties environnantes ; je rappellerai seulement ceux qu'il a

avec l'artère épigastrique. Ce vaisseau se trouve placé, on le sait, derrière la paroi abdominale ; elle rampe dans l'épaisseur du tissu cellulaire sous-péritonéal. Sa situation ne change pas tant que le canal est conservé ; mais lorsque les hernies augmentent de volume, elle est à peu près poussée en dedans par l'intestin, et vient se placer au côté interne des orifices confondus en un seul. Le doigt, que l'on introduit alors, la laisserait dans cette position, et le bistouri, qui mettrait à nu le doigt, ainsi que je l'ai supposé plus haut, ne pourrait pas l'intéresser. Il y a une exception toutefois, exception bien rare : c'est lorsque la hernie est directe, que l'intestin passe à travers l'orifice interne sans passer par le canal ; mais, dans ce cas, le doigt en percevrait les battements et avertirait le chirurgien de cette anomalie.

De la compression et des différents topiques employés pour la cure radicale des hernies inguinales.

Depuis l'observation si complète d'A. Paré (t. I, p. 407), il est admis par tout le monde que les hernies peuvent exceptionnellement guérir sous l'influence d'une compression exactement et méthodiquement faite ; mais si la possibilité n'est contestée par personne, personne aussi ne songe à nier la rareté de ces guérisons. Il est impossible de voir dans le brayer autre chose qu'un moyen palliatif ; et ceci ne s'applique pas seulement au brayer primitif de Blegny. Les perfectionnements si nombreux apportés à sa construction n'ont eu d'autre résultat que de le rendre plus commode et plus efficace à empêcher les intestins de sortir. Je ferai, en passant, une remarque qui a bien son importance : les bandages, quels qu'ils soient, sont loin de représenter les avantages qu'on leur accorde généralement ; il en est très-peu qui soient irréprochables, même comme appareils contentifs. Quand les hernies sont peu volumineuses, que le canal existe encore, ils agissent assez bien ; mais lorsque les hernies sont anciennes, qu'elles ont un certain volume, elles ne sont ordinairement qu'imparfaitement maintenues.

« On peut affirmer, sans crainte d'être contredit, que sur « vingt hernies, soit inguinales, soit crurales, soit ombilicales, « il n'y en a pas cinq qui soient maintenues réduites par les « bandages dont on se sert le plus généralement. »

M. Thierry, à la thèse duquel j'emprunte cette citation, est cependant un des chirurgiens qui ont fait à la compression la plus large part.

Que dire des topiques nombreux qui ont été successivement proposés ? L'expérience a fait promptement justice de toutes ces prétentions. Combinés à la compression et au repos prolongé, ils ont quelquefois amené des guérisons que les deux premiers moyens peuvent à eux seuls produire, surtout lorsqu'on les emploie chez des enfants, à une époque où les anneaux ont encore de la tendance à revenir sur eux-mêmes, que le bassin, qui n'a pas acquis son ampleur, change, en se développant, la direction du canal et le rend plus oblique. Si quelques adultes ont joui du même avantage, c'est que leur hernie était petite, récente, et avait toujours été contenue très-exactement par un bandage porté nuit et jour. Ces faits exceptionnels ne font, on peut le dire, que confirmer la règle.

Opérations proposées dans le but de guérir la hernie inguinale.

Je n'ai pas à décrire minutieusement les diverses opérations imaginées dans le but de guérir les hernies. La plupart d'entre elles sont aujourd'hui complétement oubliées, et si l'on rappelle la méthode de la cautérisation, telle que la pratiquaient les Arabes ; celle de l'incision, telle que la pratiquait J.-L. Petit ; la suture royale, le point doré, la méthode plus barbare de la castration, c'est pour montrer par quelle voie funeste la chirurgie herniaire a dû passer avant d'arriver à être ce qu'elle est aujourd'hui. Tristes pages que celles-là ! et sur lesquelles il est au moins inutile de s'arrêter. Je ne veux que rappeler les principaux détails de celles qui ont été imaginées dans ces derniers temps, et qui peuvent jouir encore auprès de quelques praticiens d'une certaine faveur, et cela, dans le but de justifier l'appréciation que je dois nécessairement en faire, et de faire ressortir les différences qui existent entre elles et le procédé que je propose.

M. Belmas a eu l'honneur de reprendre le premier une question qui semblait devoir être abandonnée pour toujours. Son procédé, ou plutôt ses procédés opératoires, sont des plus ingénieux ; mais quelle est leur efficacité ? Je dirai tout à l'heure ce qu'il faut en penser.

Le procédé de M. Bonnet est trop connu pour que j'aie besoin de le décrire. Son mémoire sur *l'introduction et le séjour des épingles dans le sac herniaire, comme moyen d'obtenir la cure radicale des hernies*, publié en 1837, fit grande sensation, et n'a pas peu contribué à fonder une réputation que des travaux d'une bien plus grande importance ont depuis élevée si haut ;

mais les espérances que ce procédé avait fait concevoir ne se sont pas réalisées, et aujourd'hui il est à peu près complétement abandonné.

M. Velpeau a pensé que l'on pourrait tirer un parti avantageux des injections d'iode dans le sac herniaire ; il a lui-même mis en pratique cette idée. Je dirai tout à l'heure le jugement que le savant professeur a lui-même porté sur son opération.

Il y a longtemps que les chirurgiens ont eu la pensée de faire des scarifications dans l'intérieur du sac ; ils voulaient par là déterminer une inflammation adhésive qui en produisît l'oblitération. Verduc les avait déjà conseillées dans l'opération de la hernie étranglée, dans le but de rendre la cicatrice plus solide ; mais Freytay et surtout Heister les ont pratiquées dans le cas de hernie non étranglée et dans l'intention très-explicitement formulée d'en obtenir la cure radicale. Ce qui s'observe à la suite de l'opération de la hernie étranglée, et les récidives qui surviennent nonobstant des incisions multipliées et profondes et nonobstant l'inflammation toujours suppurative qui en est la suite, est de nature à démontrer que ce procédé ne saurait être efficace ; je ne parle pas du danger qu'il entraîne et qui suffirait à lui seul à le faire rejeter.

C'est pour éviter le danger qu'entraînent les plaies à découvert que M. Jules Guérin a fait dans ces dernières années l'application des incisions par la méthode sous-cutanée. Il introduit son ténotome non pas dans l'intérieur du sac, mais dans l'intérieur du canal, et les incisions qu'il pratique ont pour effet d'amener l'exsudation de la lymphe plastique, l'organisation d'un tissu nouveau qui l'oblitère et empêche la hernie de se reproduire. Ce procédé, qui a donné à son auteur de fort beaux résultats, n'est du reste applicable qu'aux hernies d'un petit volume et qui ont toujours été parfaitement maintenues. Le plus grand nombre de ces affections se trouve par conséquent placé en dehors de sa sphère d'action. D'un autre côté, mon procédé n'est pas applicable, ainsi qu'on le verra, aux hernies très-petites, mais bien au contraire à celles qui offrent un certain volume, et dans lesquelles l'invagination des téguments est possible. Il en résulte que ces deux opérations, celle de M. Guérin et la mienne, ont leurs indications bien tranchées et sont destinées à remédier chacune à un état pathologique différent. Le procédé de M. Guérin est, du reste, innocent. Ce que je dirai dans l'appréciation générale des méthodes et procédés opératoires que je ferai ne lui sera donc pas applicable.

Méthode par invagination de la peau.

L'idée d'oblitérer le canal inguinal à l'aide d'un bouchon organique n'est pas nouvelle. Scultet a proposé de boucher l'anneau, en y refoulant le testicule ; Garengeot avait conseillé de pelotonner le sac dans l'anneau et de l'y fixer jusqu'à ce qu'il eût contracté des adhérences. Mais ces tentatives étaient oubliées, lorsque M. Gerdy a publié sa méthode dite de l'*Invagination avec point de suture et sans incision*, et a eu ainsi l'honneur d'ouvrir à à la thérapeutique herniere une voie nouvelle. Comme j'ai mis à profit, ainsi qu'on le verra, l'idée mère du procédé de M. Gerdy, il est de mon devoir de la décrire *in extenso*, afin que le lecteur puisse juger des différences qui existent entre les deux méthodes. J'emprunte cette description à l'ouvrage si classique de M. Malgaigne. Les instruments nécessaires sont : 1° une aiguille courbe percée d'un chas à son extrémité, montée sur un manche fixe et solide ; 2° six tuyaux de plume ou de sonde pour la suture enchevillée ; 3° un flacon d'ammoniaque concentré et un pinceau pour porter le caustique ; 4° six ligatures doubles.

Le malade couché, le chirurgien porte l'indicateur gauche sur l'origine antérieure du scrotum, refoule la peau de bas en haut jusque dans l'anneau et même dans le canal inguinal aussi loin que possible, en laissant en arrière le cordon spermatique. L'aiguille armée d'un fil double est alors dirigée sur l'indicateur jusqu'au fond de cette espèce de cul-de-sac, et, par un mouvement de bascule, on en fait sortir la pointe en avant, de manière à traverser à la fois la peau retournée, la paroi antérieure du canal et la peau de la paroi abdominale ; dès que le chas se montre au dehors, on dégage une extrémité de la ligature et on retire l'aiguille qui demeure enfilée à l'autre extrémité ; elle est replongée à travers les mêmes tissus, de manière à ressortir environ à 12 millimètres de sa première issue, et on dégage de nouveau la seconde extrémité du lien ; alors le cul-de sac formé par la peau du scrotum retournée est retenu par une anse de fil dans le canal où le doigt l'avait poussé ; on dédouble les fils à l'extérieur, on lie ceux d'un côté sur un petit tuyau de plume de 12 millimètres de longueur : ceux de l'autre sur un second tuyau, et on obtient ainsi un premier point de suture enchevillée. On pratique deux autres points de suture de la même manière, l'un au côté interne, l'autre au côté externe du premier, à une distance toujours au moins de 12 millimètres.

Cela fait, le chirurgien trempe le pinceau dans l'ammoniaque concentrée, porte le caustique au fond du cul-de-sac formé par

la peau scrotale, et réitère cette introduction jusqu'à ce que l'épiderme soit détruit dans toute l'étendue de ce cul-de-sac. L'opération est alors terminée.

L'inflammation s'empare de cette peau dénudée, ses deux surfaces en contact suppurent et finissent par adhérer l'une à l'autre, ce qui a lieu vers le sixième ou le huitième jour environ ; on retire les fils du point de suture, et le canal est oblitéré.

Invagination sans suture.

Procédé de M. Leroy-d'Étiolles.

M. Leroy-d'Étiolles a voulu faire comme M. Gerdy l'invagination de la peau, mais il a cherché à éviter le point de suture à l'aide duquel ce chirurgien retient dans le canal la peau invaginée ; il a imaginé, pour arriver à ce résultat, un instrument qui agit en se dilatant par son extrémité, de façon que, lorsqu'il a été introduit à travers l'ouverture il étale en quelque sorte au-devant d'elle un champignon destiné à empêcher les intestins de passer. L'appareil est soutenu par un bandage qui exerce une certaine compression. M. Leroy-d'Étiolles compte sur elle pour déterminer des adhérences entre le pourtour du canal et les téguments ainsi invaginés. Ce procédé n'a pu soutenir l'épreuve clinique. Non-seulement il n'est pas efficace, mais il est à peine exécutable. Les chirurgiens qui ont l'habitude de voir des hernies savent très-bien que l'invagination n'est pas toujours chose très-facile. Les téguments peuvent bien être refoulés quand on les pousse avec une certaine force ; mais la peau invaginée ne se laisse pas ainsi étendre avec complaisance comme le ferait un tissu en caoutchouc. En supposant, du reste, que l'application de l'appareil instrumental fût exécutable, ce moyen n'aurait, à coup sûr, d'autre effet que de contenir plus exactement la hernie; quant à la cure radicale, il ne faut pas l'espérer : je n'en veux pour preuve que l'oubli dans lequel ce procédé est tombé.

Procédé de MM. Wurtzer et Sotteau.

Il me reste, pour compléter cette longue énumération de procédés opératoires, à rappeler celui de Wurtzer, perfectionné par M. Sotteau, et qui consiste à pratiquer l'invagination à l'aide d'un moyen mécanique qui reste en place, et à exercer sur la paroi antérieure du canal une compression très-forte à

l'aide d'un appareil instrumental, qui, sous le rapport de son mode d'action, rappelle l'entérotome de Dupuytren. Les inflammations déterminées ainsi par étranglement ont surtout pour caractère d'exposer aux érysipèles, aux gangrènes, aux abcès diffus, etc., etc... Dans un moment, du reste, je reviendrai sur ce point, alors que j'examinerai la cause de l'inefficacité ou du danger qui peuvent suivre l'application des moyens dont je viens de parler.

Cette histoire des méthodes et procédés opératoires imaginés dans le but de guérir les hernies est bien longue, quoique je n'en aie rappelé que les détails principaux : mais derrière cette richesse menteuse sa cache une profonde misère. Il suffirait, pour le prouver, de faire remarquer que pas une de ces opérations n'a passé dans la pratique ; et cependant cette multiplicité de recherches fait assez voir que les chirurgiens comprennent parfaitement l'importance qu'il y aurait à obtenir la guérison d'affections qui entrainent si souvent des accidents sérieux, et qui, sous une apparence de bénignité, cachent des dangers de tous les instants. Je me suis imposé pour règle de ne pas avancer, dans ce travail, un fait que je ne puisse prouver, et de peur que cette appréciation paraisse intéressée, je crois devoir rappeler les opinions de quelques auteurs dont le nom fait, à juste titre, autorité. — M. le professeur Velpeau s'exprime ainsi dans sa *Médecine opératoire*, t. IV, p. 50 :

« Au demeurant, la cure radicale des hernies serait une con-
« quête trop importante de la chirurgie, une ressource qui
« intéresse à un trop haut point l'humanité, pour qu'il ne soit
« plus permis d'en perfectionner, d'en modifier les méthodes,
« pour qu'il n'y ait pas lieu de se livrer à de nouveaux efforts
« dans le but de l'obtenir ; quant à moi, je ne puis m'accou-
« tumer à l'idée que, avec l'esprit expérimentateur de notre
« siècle, on ne parvienne pas à quelque chose de véritablement
« efficace en ce genre. »

(*La suite à un prochain numéro.*)

---

14. *Du nævus maternus et des tumeurs érectiles;* mémoire lu à la Société de médecine de Paris, par le docteur Costilhes, médecin adjoint de Saint-Lazare, membre honoraire de la Société anatomique, membre de la Société de médecine de Paris.

Suite et fin : *voir* t. II, février 1851, p. 159 ; t. IV, avril, p. 144.

(Revue médicale, mars 1851.)

Tumeur érectile. Traitement par la teinture d'iode, la compression, les sétons, le fer rouge et la pâte de Vienne.

Obs. IV. — M. le docteur Stanski a eu l'occasion de soigner un enfant de 12 mois qui porte sous le bord inférieur du maxillaire inférieur du côté gauche une tumeur érectile. La tache cutanée avait déjà la largeur d'une pièce de deux francs et augmentait toujours ; elle gagnait aussi en profondeur. M. Stanski emploie d'abord la teinture d'iode, d'après le conseil d'un médecin anglais, sans aucun résultat : il pratique également la compression pendant longtemps sans obtenir une amélioration sensible ; peut-être le bord de l'os maxillaire ne présentait-il pas ni assez de fixité, ni assez d'étendue pour obtenir de la compression un résultat favorable. La tumeur paraissant gagner en surface, il a recours à des sétons en fils traversant la base de la tumeur ; ces sétons ont été entretenus pendant une vingtaine de jours ; l'épaisseur de la tumeur diminuait, mais elle augmentait sans cesse en surface ; c'est alors que M. Stanski a fait usage de la cautérisation avec le fer rouge, en soumettant l'enfant au sommeil chloroformique ; mais celui-ci n'agissant pas assez profondément, il a appliqué la seconde fois le caustique de Vienne qui a détruit définitivement le tissu érectile. Deux applications ont suffi.

Ce qui frappe tout d'abord, à la lecture de cette observation, c'est le peu de succès des agents chirurgicaux ; en effet, bien loin de s'arrêter dans son développement sous l'influence de ces divers moyens, la tumeur prend de l'extension en surface alors qu'elle est traversée de sétons multiples ; le fer rouge ne peut détruire cette production morbide qui cède entièrement à deux applications de pâte de Vienne.

Parmi les nombreuses et intéressantes observations de tumeur érectiles que je dois à l'obligeance de mon ami le docteur Comin (de Sos), je citerai les deux suivantes :

Tumeur érectile à la nuque. Ligature du pédicule. Guérison.

Obs. V. — Le 13 mars 1843, on apporte à M. Comin un

enfant du sexe masculin, âgé de 4 mois environ, ayant une tumeur à la nuque, grosse à sa naissance comme une noix ; actuellement de la grosseur d'un œuf de poule ; elle est molle, dépressible, indolore, irréductible ; elle diminue cependant un peu par la pression ; elle augmente au contraire si l'enfant crie ou pleure. Sa surface est violacée ; elle tient à la peau du col par un pédicule long de 4 centimètres de haut en bas, ayant à peine 1/2 centimètre transversalement. On sent au centre du pédicule, comme une masse vasculaire, au milieu de laquelle on distingue un conduit de la dimension d'un tuyau de plume à écrire qui semble s'enfoncer dans le canal rachidien par une ouverture pratiquée entre les lames des apophyses épineuses encore écartées des quatrième et cinquième vertébrales cervicales. — L'enfant est grêle, sa peau est pâle, les muscles peu développés. Dans les points où la tumeur touche à la peau, il se fait une sécrétion abondante dont l'odeur est souvent très-pénétrante. Le sommeil est presque impossible à cause de la difficulté du décubitus.

Il était urgent de procéder à l'extirpation de la tumeur. Parmi les divers moyens auxquels on peut recourir en pareille circonstance, la ligature du pédicule parut à M. Comin offrir le plus de chances. Il y procéda de la manière suivante : il prépara deux petites tiges de bois de chêne de 8 centimètres de long sur 1 centimètre de large, bien droites, bien unies, à arêtes saillantes ; entre ces deux tasseaux disposés de chaque côté du pédicule, il saisit la base de la tumeur le plus près possible de son point d'adhérence à la peau ; il les serra très-fortement l'un contre l'autre, en réunissant leurs bouts correspondants, au moyen d'un fil ciré très-fort. La circulation est immédiatement interceptée ; la tumeur, qui s'était distendue pendant l'opération à cause de l'agitation de l'enfant, ne perd pas de son volume ; après, quand l'enfant redevient calme, elle prend une teinte vineuse plus prononcée.

Le 26 mars, la tumeur a pris de la dureté sans changer de volume ; sa couleur en est plus foncée ; on remarque quelques phlyctènes à la surface ; un bourrelet rouge se dessine sous les tasseaux du côté de la peau.

Le 29, une matière jaunâtre, d'une odeur fétide, s'écoule des phlyctènes ; la tumeur devient noirâtre.

Le 1er avril, la tumeur est noire, ramollie ; on voit à sa base, au point de contact des tasseaux, une section de 1 centimètre et demi de hauteur.

Le 4, mortification prononcée ; section plus étendue.

Le 11, chute de la tumeur et de la ligature ; il reste une plaie de la circonférence d'une pièce de 3 fr.

Du 12 au 15, le rapprochement des bords a été si rapide, que la cicatrisation était presque parfaite à cette dernière époque, grâce à la cautérisation de quelques bourgeons exubérants.

Le 20, cicatrice linéaire.

La ligature, telle que l'a pratiquée M. le docteur Comin, était certainement le meilleur moyen à employer dans ce cas; en effet, il avait affaire à un pédicule long et étroit, à une masse vasculaire au centre de laquelle on remarquait un conduit vasculaire ou bien un cordon fibreux se prolongeant avec le tissu fibreux du canal rachidien. Cette ligature, au moyen de petits tasseaux, me paraît être moins douloureuse, en raison de la plus grande surface qu'ils présentent, et au moins aussi expéditif, pour ne pas dire plus, que la ligature ordinaire avec un lien circulaire. Enfin, vingt-huit jours seulement ont suffi pour détruire et faire tomber cette tumeur qui privait ce jeune enfant d'un sommeil réparateur.

Tumeur érectile de la racine du nez. Pâte de Vienne, sétons multiples, extirpation.

Obs. VI. — Abel Lacomme, parfaitement bien conformé, porte, en naissant, sur le nez, à sa racine, un point rouge, moins gros que la tête d'une épingle et sans saillie. Ce point prit de l'accroissement et devint le centre d'une tuméfaction à laquelle participait la peau circonvoisine saine. M. le docteur Comin vit l'enfant à onze mois ; la tumeur était uniformément saillante, d'un diamètre de 2 centimètres en tout sens; le centre plus rapproché de l'œil droit que de l'œil gauche, de sorte que le sac lacrymal droit se trouvait en rapport, à peu près immédiat, avec la partie inférieure et droite de la tumeur. Celle-ci est sans douleur, molle, dépressible, irréductible, s'accroît si l'enfant crie ou pleure, de manière à faire une saillie considérable ; au centre existe une plaque rouge du diamètre d'une grosse lentille ; la rougeur en est vermeille ; la peau est adhérente dans ce point. La rougeur ne disparaît pas par la pression ; de la circonférence de cette plaque partent quelques filaments qui se dessinent sous la finesse de la peau.

Le développement de la tumeur est si rapide qu'il devient inquiétant. M. Comin applique, le 25 septembre 1842, une rondelle de pâte de Vienne du diamètre de la tumeur qu'il laisse 12 minutes. Un cercle brunâtre très-marqué existe tout autour de la tumeur quand il l'enlève.

Le 26, l'eschare noire commence à se détacher vers la partie inférieure ; elle tombe vers le huitième jour, laissant à sa place une cavité anfractueuse, à fond mamelonné ; il ne s'écoule pas une goutte de sang. La tumeur a pris à peine part à l'inflammation ; il n'y a eu ni fièvre ni malaise. Il se forme une cicatrice sur laquelle se dessinent quelques petits vaisseaux capillaires anastomosés vers le centre et y forment une plaque rouge. Cependant la tuméfaction était moindre, et on put espérer que, par suite de l'inflammation, le tissu érectile se convertirait en tissu fibreux. Il n'en fut rien. Vers la fin de l'hiver, elle reprit son volume, c'est alors que l'auteur se décida, après avoir pris l'avis de M. le professeur Velpeau et du docteur Estevenet, de Toulouse, à essayer les sétons multiples.

1843. — Le 3 mai, il passe huit fils doubles en divers sens dans la tumeur. Cette application est suivie de chaleur, de douleur, de gonflement, mais elle n'incommode pas autrement l'enfant, qui reprend sa gaîté dès le lendemain. Il fait courir les fils dans la plaie à deux reprises ; pas d'inflammation ; à peine s'il survient une légère suppuration ; il les enlève le quinzième jour.

La tumeur cependant s'était réduite peut-être d'un cinquième ; la base n'en était point aussi largement étendue ; on eut recours, en définitive, à l'extirpation, qui fut pratiquée par M. Estevenet.

L'opération fut faite le 19 septembre.

Le chirurgien pratique une première incision qui, partant de l'angle interne de l'œil droit à la hauteur du sac lacrymal, circonscrit la limite inférieure de la tumeur ; une deuxième incision circonscrit la limite supérieure. Deux autres incisions verticoles semi-lunaires comprennent les autres parties de la tumeur que le chirurgien enlève ensuite après une dissection assez laborieuse ; par sa base elle n'a contracté aucune espèce d'adhérence ; une couche de tissu cellulaire lamelleuse la sépare des os propres du nez ; deux ou trois artérioles divisées ont un peut gêné les mouvements de l'opérateur. Le doigt d'un aide a arrêté l'écoulement du sang. On remplit de boulettes de charpie la vaste cavité pour arrêter l'hémorrhagie.

L'opération a duré 40 minutes ; après quelques syncopes, l'enfant qui n'a cessé de crier et de s'agiter dort d'un profond sommeil.

La tumeur lavée a le volume d'une noisette aplatie ; elle est irrégulière à la surface, de couleur rosée, uniformément molle ; on n'y reconnaît pas les points traversés par les fils. Le tissu est

formé d'une foule de petits corpuscules hydatiformes, faisant corps, communiquant sans doute entre eux; dans quelques points, ces vésicules sont plus considérables; on reconnaît dans d'autres, près de la circonférence, de véritables vaisseaux.

Après trois quarts d'heure de repos, on procède au pansement. Il n'y a pas eu d'hémorrhagie; la charpie est seulement imbibée de sang; il s'en écoule encore en nappe de la plaie mise à nu; on la remplit de nouvelles boulettes de charpie qu'on recouvre d'un plumasseau, de quelques compresses; le tout est maintenu par deux bandelettes de diachylon en croix et un bandage approprié.

Le 20 septembre, la nuit a été agitée. Les paupières sont gonflées, la droite surtout; l'enfant ne peu pas ouvrir l'œil de ce côté.

Pendant trois jours, l'enfant s'agite, les nuits sont mauvaises.

Le 24, on lève l'appareil; une sérosité purulente s'écoule le long des joues qu'elle enflamme; la peau sur laquelle reposent les bandelettes est rouge et animée. La plaie est le siége d'une bonne suppuration; on voit déjà poindre des bourgeons charnus; on panse comme la première fois, sauf les bandelettes qu'on supprime.

Huit jours après l'opération, la cavité est aux trois quarts comblée; pansement avec linge troué et cératé, dès ce moment, la cicatrisation, favorisée par de légères cautérisations, n'a pas cessé de marcher de la circonférence au centre.

Le 15 novembre, la cicatrisation est parfaitement unie; il reste au centre un point comme une grosse lentille; il n'y a ni tiraillement ni plis vicieux. L'enfant a pris beaucoup d'embonpoint.

Le 20, l'enfant est guéri.

Le 1er janvier 1850, la guérison est radicale; la peau de la cicatrice est d'un rose blanc qui tranche encore sur les parties voisines quand on y regarde de près; il faut savoir que cet enfant a subi sur le nez une opération pour qu'on s'en doute.

De cette observation, il résulte les faits suivants : savoir, qu'une seule application de caustique de Vienne n'a pas suffi et ne pouvait suffire pour combattre efficacement le volume et la nature de la tumeur dont il s'agit; que l'influence des sétons multiples a été complétement nulle; l'explication en est facile; l'inflammation pouvait-elle se déclarer là où le tissu était composé de corpuscules hydatiformes, là où les vaisseaux étaient peu nombreux; et, dans l'espèce, il ne serait pas irrationnel de penser

que cette tumeur érectile ne fût compliquée d'hydatides, ou du moins ne fût une tumeur érectile hydatiforme ; enfin, que l'extirpation seule était indiquée dans ce cas ; aussi un résultat heureux a-t-il justifié le désir et la pensée du chirurgien.

Tumeur érectile fort intéressante, traitée par la vaccine, et observée chez un enfant qui a été présenté à la société de chirurgie ; par le docteur Marjolin. En voici un extrait :

Obs. VII. — En 1847, M. Marjolin présenta à la société de chirurgie une petite fille de six semaines, affectée d'une tumeur érectile veineuse qui occupait tout le côté droit de la tête et de la face ; le tissu érectile avait envahi la peau de la tempe, du pourtour de l'orbite, de la joue et des lèvres ; la muqueuse de l'œil, des paupières, de la bouche et de la voûte palatine. L'opinion de la société fut qu'il ne fallait rien faire. Cependant l'enfant n'ayant point été vacciné, M. Marjolin tenta la vaccination. Il inocula du vaccin au moyen d'une aiguille avec laquelle il fit douze à quinze piqûres sur les limites de la tumeur ; l'écoulement de sang, quoique peu considérable, fut arrêté assez difficilement ; il survint une inflammation vive qui s'empara de la plus grande partie de la tumeur, s'étendit à l'œil droit, dont la conjonctive se tuméfia et se dissipa bientôt. L'enfant fut perdu de vue pendant trois ans et demi.

M. Marjolin présente de nouveau cet enfant à ses collègues ; il offre l'état suivant : les caractères de la tumeur ont presque disparu ; une légère tuméfaction subsiste encore à la paupière inférieure et sur un seul point de la joue ; le reste s'est flétri, effacé, résorbé, le tissu érectile a fait place sur la peau de la tête, de la tempe, de la joue, à un tissu blanchâtre, résistant ; mais, il paraît que cet enfant, peu après la vaccination, a fait une chute sur la tête, d'où il s'en est suivi une inflammation assez vive qui s'est terminée par suppuration.

Réflexions. Sans nier positivement l'influence de la vaccination dans ce cas, ne serait-il pas rationnel de l'attribuer plutôt à l'inflammation avec suppuration développée par suite de la contusion. Car, comment expliquer l'arrêt de développement de cette tumeur. Est-ce bien à la vaccination que l'on doit attribuer ce résultat ? On comprend que douze à quinze piqûres vaccinales faites autour de la tumeur ont pu déterminer une inflammation de sa circonférence et la faire diminuer d'étendue ; mais comment le centre aurait-il été modifié ; cela n'est pas probable, d'après les faits qu'on observe journellement dans la pratique or-

dinaire. Il a donc fallu une cause puissante pour produire cette grande amélioration, et nous croyons la trouver dans l'inflammation suppurative déterminée par la chute qu'a faite cet enfant sur la tête.

Nous avons décrit, avec quelques détails circonstanciés, les diverses espèces d'opérations proposées contre les tumeurs érectiles, et, bien qu'il ne soit aucune de ces opérations qui convienne dans tous les cas, disons qu'il n'en est aucune non plus qu'il faille rejeter absolument. Néanmoins, il existe une méthode de traitement applicable à presque tous les cas, c'est la cautérisation par le caustique de Vienne solidifié.

Examinons maintenant ces divers traitements.

Les topiques astringents, styptiques, réfrigérants, appliqués aux tumeurs superficielles peu étendues et encore récentes, peuvent procurer quelques rares succès, surtout s'ils sont aidés de la compression, exercée pendant longtemps et avec persévérance, dans les cas où on peut la faire convenablement, où l'on trouvera un plan résistant, solide; mais, c'est une méthode qui aujourd'hui ne peut être proposée qu'à défaut de toute autre, ou chez les personnes qui ne veulent entendre parler d'aucune opération efficace, méthode qu'on peut regarder comme inutile et nuisible; inutile, parce qu'elle est infidèle et incertaine; nuisible, par la raison qu'on perd un temps précieux, et que la tumeur prend souvent de l'extension au lieu de s'arrêter et de diminuer de volume sous l'influence de la compression.

La vaccination, qui est un moyen fort doux, ne convient qu'aux tumeurs capillaires; elle n'est pas applicable chez les sujets vaccinés et chez ceux qui ont eu la variole, à moins que chez les premiers le vaccin n'ait perdu sa puissance préservatrice, et que le sujet soit alors revaccinable; cependant, nous pensons qu'il faut tenter la vaccination chez les enfants lorsque la tumeur sera d'un petit volume, de 1 centimètre à 2 centimètres au plus de diamètre; passé ces dimensions, on aura la chance d'un insuccès, ainsi qu'on l'a remarqué dans l'observation II, bien que toutes les précautions pour le succès eussent été prises.

La ligature des artères qui alimentent la tumeur est une opération toujours grave par elle-même et qui échoue au moins une fois sur trois; il ne faut l'entreprendre qu'après avoir essayé tous les autres moyens, et lorsque la tumeur, par son volume, menace la vie du malade, ou devient une difformité repoussante. On pourra la tenter dans les cas de tumeur des cavités du crâne et de la face, là où il n'est pas possible de les atteindre, soit par les caustiques, soit par l'instrument tranchant. C'est une opéra-

tion qu'on peut encore pratiquer pour arrêter une hémorrhagie qu'on suspend par la compression du tronc artériel principal, ou la prévenir lorsqu'elle est imminente, comme opération préliminaire ; ainsi, dans un cas, M. Roux a réussi par la compression, après avoir obtenu une réduction de volume de la tumeur par la ligature. Cette opération n'est nullement applicable aux tumeurs érectiles veineuses.

Acupuncture. — La guérison ne pouvant s'obtenir qu'en enflammant les canaux ou les vacuoles, qui constituent la tumeur, cette méthode nécessite un nombre considérable d'aiguilles, et exige que tous les trajets parcourus par ces corps étrangers s'oblitèrent ensuite définitivement ; mais, comme il arrive quelquefois qu'une portion de la tumeur peut échapper à l'action des aiguilles, il en résulte que chez un certain nombre de personnes, la maladie continuera de s'accroître.

L'acupuncture ne réussit en général que dans les tumeurs plus saillantes que larges, à mailles spacieuses ; aussi est-ce une méthode qui convient à peine aux taches de naissance, aux tumeurs érectiles capillaires.

Les sétons multiples. — Le peu d'observations publiées sur l'emploi de ce moyen, ainsi que les insuccès qu'on a quelquefois constatés, donnent à penser qu'il ne constituera jamais le remède efficace des tumeurs érectiles. Mais, un fait certain découle de cette méthode, c'est que ces tumeurs peuvent être traversées avec moins de danger qu'on aurait pu se l'imaginer de prime abord avec des corps étrangers.

En résumé, le traitement par les fils multiples ne convient point aux tumeurs érectiles plates et superficielles ; mais, il n'en est pas de même des tumeurs veineuses d'un certain volume et saillantes, celles qui occupent les lèvres, l'intérieur de la bouche, lorsqu'elles ne sont constituées que par des rameaux vasculaires réguliers ou d'un petit calibre, dans ce cas, les sétons multiples indiqués par A. Bérard seraient le procédé auquel on donnerait la préférence. Dans le cas de tumeurs à larges vacuoles, de tumeurs volumineuses profondément situées, il vaut mieux avoir recours à d'autres méthodes.

Le broiement. — On peut dire tout d'abord que le broiement offre peu de chances de succès dans les tumeurs superficielles, encore moins dans les tumeurs profondes. On peut le tenter dans les cas de tumeurs épaisses, d'un certain volume, là où il serait facile d'exercer la compression, ou lorsque des tumeurs siégent dans une région où l'instrument tranchant ne peut être

porté sans danger, ou enfin chez des malades qui redoutent à l'excès les opérations sanglantes.

Quoi qu'il en soit, c'est une méthode qui nécessite un temps si long de traitement, six mois au moins, comme dans l'observation de M. Henning, que ce moyen est avec raison généralement abandonné.

La ligature de la tumeur, ainsi que nous l'avons dit, convient surtout aux tumeurs pédiculées; elle a l'avantage, il est vrai, de ne déterminer aucune hémorrhagie, et d'obtenir une guérison radicale si la ligature porte sur les tissus sains. On ne doit passer une aiguille derrière le pédicule que lorsque la peau est trop compromise pour faire craindre de voir glisser le fil sur les tissus qu'il faut enlever. On doit réserver les aiguilles en croix pour le cas où la tumeur est plate ou offre une racine un peu longue. — Le double fil passé derrière et à travers le pédicule de la tumeur, a l'avantage de couper les tissus plus vite que la ligature extérieure, et d'être plus facilement pratiquée au fond des excavations que la ligature ordinaire ou la ligature sous les épingles. La ligature ne convient que lorsqu'on a de grandes craintes d'hémorrhagie, et chez les jeunes enfants; mais, si on parcourt les observations publiées par les auteurs, on trouve que la ligature est douloureuse, et a, dans plusieurs occasions, causé des convulsions chez ceux qui y ont été soumis, ou bien une inflammation très-vive survenue, et dans la tumeur, et dans les parties voisines, et a donné lieu à des accidents assez graves : ou bien encore on n'a pas toujours pu comprendre toute la masse morbide dans la ligature, et l'on a été forcé, pour éviter une récidive, de détruire les parties restantes par la cautérisation. En résumé, d'après les inconvénients que les chirurgiens, et Lawrence lui-même, ont signalés, nous pensons qu'il faut renoncer à cette opération, à moins, toutefois, qu'on ait affaire à une tumeur pédiculée.

L'extirpation on l'ablation serait certainement la meilleure méthode de toutes. Lorsque les tumeurs sont bien limitées, qu'elles soient cutanées ou sous-cutanées, récentes, superficielles, peu volumineuses, elle est en effet plus expéditive, et quelques jours suffisent pour en débarrasser le sujet qui la porte, surtout quand on réunit la plaie, par première intention au moyen d'épingles. Cependant, on devra renoncer à l'extirpation dans le cas où le volume, l'ancienneté, le siége de la tumeur font redouter qu'elle ait jeté des racines profondes, et qu'on ne puisse en atteindre la totalité, et qu'on soit obligé de laisser en place, comme le fit M. Waltker, un tiers d'une grosse tumeur érectile

de la joue, qui récidiva et fit de grands progrès. Mais elle a encore l'inconvénient d'occasionner de larges cicatrices, des difformités et des hémorrhagies mortelles. Du reste, c'est une méthode qu'on ne propose aux personnes qui redoutent les opérations, qu'après avoir vainement essayé d'un des autres moyens dont nous avons parlé, et l'on verra bientôt qu'il existe un agent thérapeutique qui lui est préférable.

Dans le but de faciliter l'extirpation des tumeurs érectiles, M. le docteur Lebert se sert d'une pince à anneaux terminée par une tige perpendiculaire à l'axe de ses branches; cette tige porte une cannelure à sa partie interne. Cet instrument a un double but : d'abord, il a l'avantage de saisir parfaitement la tumeur au delà de son insertion sur la peau; ensuite, s'en servant comme d'une règle, le chirurgien incise de chaque côté de la pince, et extirpe ainsi tout le tissu morbide : M. Lebert fait alors une suture entortillée, et en trois, quatre et cinq jours, dit-il, la plaie est cicatrisée.

Dieffenbach (1) a conseillé l'extirpation partielle des tumeurs érectiles lorsqu'elles sont d'un grand volume; il taille un premier lambeau dans la tumeur et réunit par la suture ; puis, une fois cicatrisée, il enlève une nouvelle portion de chaque côté de la cicatrice : ainsi de suite, jusqu'à ce qu'on soit arrivé aux tissus sains; mais, dans la tumeur érectile cutanée, l'épiderme mince qui la recouvre se laisserait déchirer par les sutures, et se cicatriserait peut-être difficilement. C'est donc une méthode très-longue, comme on doit bien le penser, et qui n'a jamais été exécutée en France, que je ne sache du moins.

La cautérisation, au moyen du caustique de Vienne, ou mieux encore, le caustique de Vienne solidifié, a l'avantage de ne point effrayer les malades et de réussir le plus ordinairement, on peut même dire, dans tous les cas de tumeurs cutanées, inégales, trop larges pour être extirpées, plates et régulières.

Nous préférons les caustiques à l'instrument tranchant, parce qu'ils n'exposent pas, comme celui-ci, à l'hémorrhagie, ils n'entraînent pas non plus une perte de substance aussi considérable, puisque leur action s'exerce sur le tissu morbide seul, tandis qu'avec le bistouri on emporte avec la tumeur une certaine épaisseur des tissus sains qui l'environnent. Enfin, la cautérisation est moins souvent que l'extirpation compliquée d'inflammation phlegmoneuse ou érysipélateuse, phénomène qui s'explique par cette circonstance que l'action des caustiques est limitée à

(1) *Opérative chirurgie*, t. I, p. 241.

la tumeur formée d'un tissu peu irritable, peu impressionnable, et par conséquent peu sujet à la réaction ; l'instrument tranchant, au contraire, divise la peau si vasculaire et nerveuse et si irritable ; il n'est donc pas étonnant que sa sympathie avec le reste de l'économie produise les accidents que nous venons d'indiquer. Disons encore que la reproduction après la cautérisation est moins à redouter qu'après l'excision, parce que le caustique produit, outre la destruction du tissu morbide, la transformation fibreuse des parties environnantes.—Enfin, une dernière remarque, c'est que la cautérisation seule détruit directement la tumeur, tandis que les autres moyens ne peuvent arriver à ce but qu'indirectement, puisqu'il faut qu'ils occasionnent d'abord une autre maladie (l'inflammation).

Quant à notre préférence pour le caustique de Vienne solidifié, elle se trouve justifiée par l'application plus facile, plus commode, par l'action plus énergique qu'on modère et dirige à volonté, ce qui n'est pas toujours facile avec la pâte de Vienne, qui s'étend et coule sur les parties environnantes. Ajoutons, en outre, que si l'escharification n'est pas assez profonde, on peut toucher de nouveau, à l'instant même, sans désemparer, pour ainsi dire, la tumeur érectile qu'on a à détruire.

En résumé, après avoir passé en revue les nombreux agents thérapeutiques, qui sont pour la plupart des moyens inutiles, et offrent des inconvénients, parce que, indiqués à l'homme non suffisamment instruit, ils l'embarrassent et ne le dirigent pas : les chirurgiens, en définitive, sont encore réduits aux trois méthodes suivantes :

1° La cautérisation, applicable à presque tous les cas ;

2° L'extirpation, quelquefois praticable ;

3° Les sétons multiples, dans quelques tumeurs veineuses sous-muqueuses seulement.

---

15. *Accidents d'étranglement interne déterminés par la présence d'une tumeur abdominale. — Fièvre intermittente double-tierce ;* par le docteur Aran.

(L'Union médicale, N° 47 ; 22 avril 1851.)

Sous le nom d'étranglement interne, on décrit généralement, dans la science, les obstacles complets apportés au cours des matières, par le fait même de l'intervention active de l'intestin ; mais cette définition, excellente au point de vue anatomique, serait bien difficile à admettre au lit du malade. Comment dis-

tinguer au début un étranglement rotatoire de l'intestin, d'un étranglement résultant du passage d'une anse intestinale sous une bride ou à travers une ouverture anormale, d'une compression exercée par une tumeur abdominale ou d'une invagination ? Évidemment, la chose est le plus souvent impossible. Tout ce que voit le médecin, c'est que le cours des matières est suspendu avec ou sans tumeur, avec ou sans phénomène d'étranglement, et à une certaine époque, il survient des symptômes tout particuliers qui confirment de plus en plus l'existence d'un obstacle insurmontable. Mais, jusque-là, le médecin est tenu d'agir, et il se comporte dans tous les cas, comme si l'obstacle était susceptible de céder aux moyens énergiques, dont la science recommande l'emploi en pareil cas. S'il réussit, il conserve presque toujours la conviction que son diagnostic a été inexact, mais il a sauvé la vie au malade, et ce plaisir rachète certainement, et bien au-delà, le petite satisfaction de vérifier le diagnostic, le scalpel à la main.

Voici, par exemple, un fait curieux qu'il est assez difficile de classer. Le malade a présenté, au début, quelques phénomènes d'étranglement ; ces phénomènes ont cédé au traitement, et l'on a pu constater l'existence d'une tumeur abdominale, laquelle a fini par disparaître en partie ; le malade est sorti de l'hôpital en très-bon état.

Strauss (Abraham), âgé de 40 ans, marchand ambulant, entre à l'Hôtel-Dieu le 17 mars 1851, salle Ste-Madeleine, n° 15. C'est un homme d'une bonne constitution, brun, fort, et jouissant habituellement d'une bonne santé. Cependant il a eu, à plusieurs reprises, de vives coliques, pendant la durée desquelles il n'y avait pas excrétion des matières fécales, et que suivait une espèce de débâcle. Sa peau a aussi, d'après lui, une teinte ictérique habituelle.

Le 16 mars, à cinq heures du soir, il fut pris de coliques très-vives (depuis deux jours déjà il n'avait pas de selles). Il mangea à huit heures et vomit une heure après ; il vomit encore le 17 au matin ; et le soir du même jour il entra à l'Hôtel-Dieu. Un lavement avec 50 grammes de sulfate de soude lui fut administré le jour de son entrée ; mais le malade le rendit tel qu'il l'avait pris.

Le lendemain 18, à la visite du matin, l'état de ce malade était des plus alarmants : figure anxieuse, teint jaunâtre, yeux cernés, sueurs abondantes, plaintes continuelles, pouls à 96, serré, respiration inégale, soif peu vive, langue humide, quelques nausées. En haut et à droite de l'épigastre, on constata

de la douleur à la pression surtout; on trouva encore au-dessous des fausses côtes droites, tout à fait à droite de l'hypogastre, une tumeur mal limitée, douloureuse à la pression, et donnant de la matité à la percussion ; ventre distendu ; saillie des anses intestinales. — *Traitement :* huile de ricin, 30 gram. ; huile de croton, 2 gouttes ; 40 sangsues sur la tumeur.

Le soir, l'état général était peu modifié en apparence ; le malade n'avait pas encore de selles ; le pouls était à 80 ; la respiration à 36 (10 centigrammes de tartre stibié dans un pot d'eau de veau).

Le 19, anxiété beaucoup moindre ; pouls à 76. La tumeur était moins douloureuse ; six garderobes à la suite du purgatif ; pas de nausées. — *Traitement :* huile de ricin, 30 grammes ; huile de croton, 2 gouttes ; 40 sangsues sur le même point.

Le 20, la face n'était plus altérée ; le malade se sentait bien ; il avait de l'appétit. Toutefois, la teinte ictérique était plus prononcée ; le pouls à 72 ; la peau bonne ; le malade avait eu quatre garderobes ; le point correspondant à la tuméfaction était complétement assoupli ; il y avait encore de la douleur à l'épigastre. — *Traitement :* huile de ricin, 30 grammes ; huile de croton, 2 gouttes ; 15 sangsues sur le point douloureux ; deux bouillons, deux potages.

Le 20 au soir, douleur très-vive à droite et un peu au-dessus de l'ombilic ; un peu de tuméfaction, sans matité en ce point. Pouls à 76 ; peau bonne ; le ventre n'était pas très-tendu ; pas de selles. — *Traitement :* émétique, 0,10, dans un peu d'eau de veau.

Le 21, le malade avait eu plusieurs selles ; il ne se plaignait d'aucune douleur ; le ventre était affaissé, souple ; le pouls à 68 ; langue bonne ; appétit. — *Traitement :* un lavement simple ; une portion.

Le 22, pouls à 76 ; deux garderobes ; ventre souple ; rénitence et douleur à droite de l'ombilic ; on y constata une tumeur de forme ovoïde, dont la petite extrémité était tournée en bas et dépassait un peu l'ombilic, et dont la base se perdait en se confondant sur le foie. Elle avait pour limite à droite une ligne verticale qui passerait par l'ombilic. Elle était douloureuse et donnait de la matité à la percussion. — *Traitement :* 20 sangsues sur la tumeur, une portion.

Le 22, deux selles ; même état. — *Traitement :* Vésicatoire sur la tumeur.

Le 26, diminution légère de la tumeur qui était toujours aussi douloureuse.

Les 27, 28 et 29 le vésicatoire qui suppurait, ne permettait guère d'apprécier les changemens survenus dans la tumeur; mais on constata, le 30, qu'elle était beaucoup moins large, et descendait beaucoup moins bas. Elle était toujours douloureuse. La teinte ictérique de la peau avait presque disparu.

Le 2 avril, diminution considérable de la tumeur qui débordait un peu les côtes ; elle était à peu près indolente.

Le malade sortit de l'Hôtel-Dieu le lendemain.

La première idée qui s'est présentée à l'esprit de ceux qui ont observé ce malade le premier jour, c'est qu'il y avait une invagination intestinale. L'existence d'une tumeur située tout à fait en dehors, au-dessous des fausses côtes droites, entre ces fausses côtes et la crête iliaque, donnant de la matité à la percussion, la constipation datant de plusieurs jours, la sensibilité à la pression dans une partie du ventre, les nausées et les vomissements, l'altération profonde des traits pouvaient faire admettre cette hypothèse, qui trouvait encore sa confirmation dans la résistance de la constipation aux évacuants. Un lavement purgatif, deux gouttes d'huile de croton furent sans effet ; le tartre stibié en lavage put seul déterminer des garderobes ; il est vrai qu'un traitement antiphlogistique très-énergique avait été associé aux purgatifs. Le 18 mars, on appliqua quarante sangsues, autant le lendemain et quinze le surlendemain ; mais à mesure que la tuméfaction située sous les fausses côtes droites diminuait, une autre tumeur se dessinait, tumeur de forme ovoïde, déprimant l'ombilic inférieurement et se perdant supérieurement dans l'organe hépatique. Cette tumeur, qui était à son tour le siége d'une vive sensibilité, fut traitée par une application de vingt sangsues et d'un large vésicatoire. Ce dernier moyen eut une influence des plus favorables. La sensibilité diminua et la tumeur était réduite à un très petit volume à la sortie du malade.

Qu'était cette tumeur? Voilà ce qu'il est bien difficile de dire. Une dilatation de la vésicule par suite d'obstruction au cours de la bile? Il existe, en effet, dans la science, des cas dans lesquels l'intensité des premiers symptômes a fait croire à un étranglement interne, tandis qu'il n'y avait autre chose que des calculs biliaires engagés dans les voies hépatiques. Mais ce qu'il ne faut pas perdre de vue, c'est que la coloration de la peau n'a jamais dépassé la teinte sub-ictérique ; jamais il n'y a eu d'ictère proprement dit ; et il est presque sans exemple que la colique hépatique prenne de grandes proportions sans qu'il y ait plus tard de l'ictère. Une hépatite aiguë ou chronique? Mais

dans les deux cas, le foie se développe tout entier. Or, la tumeur n'avait pas plus de cinq à six centimètres dans sa plus grande largeur. Un kyste hydatique? Mais comment expliquer la réduction de la tumeur sous l'influence des moyens mis en usage ; les kystes hydatiques ne sont pas ordinairement douloureux ; on ne les voit jamais se rétracter aussi rapidement. Nous avouons que la question nous paraît très-difficile à résoudre, et nous ne poursuivons pas plus loin cette recherche de l'inconnu.

— On entend dire souvent que les fièvres intermittentes ne sont ni communes, ni graves, ni rebelles sous le climat parisien. Pour communes, la chose n'est certainement pas exacte, et l'année dernière surtout, les hôpitaux ont reçu beaucoup de malades qui en étaient atteints. Si, par fièvres intermittentes graves on n'entend que les fièvres intermittentes pernicieuses, il est bien vrai que, à Paris, on n'observe pas souvent ces fièvres ; mais si l'on veut parler de fièvres durant depuis longtemps, ayant entraîné des engorgements considérables de la rate et un commencement de cachexie, la chose n'est pas rare à Paris, et l'on est même étonné de rencontrer dans un pays où il n'y a pas de marais, des fièvres intermittentes sous des types aussi variés. C'est ainsi que nous avons vu dans le service de M. Louis une femme atteinte d'une fièvre double-tierce des mieux caractérisée, avec développement considérable de la rate. Voici ce fait :

Dapienne (Florentine), âgée de 34 ans, couturière, est entrée à l'Hôtel-Dieu, salle St-Landry n° 14, le 8 mars dernier. Cette femme, habituellement bien réglée, brune, bien constituée, et jouissant ordinairement d'une bonne santé, a quitté Lille il y a deux mois. Depuis cette époque, elle habite un logement sain, bien aéré, mais ayant vue sur le canal St-Martin.

Si on recherche les maladies antécédentes de cette femme, on trouve qu'elle a eu, en 1846, une fièvre cérébrale compliquée de pneumonie, qui l'a retenue sept mois au lit ; au mois d'octobre 1850, elle a eu une fièvre typhoïde.

Elle habitait depuis une vingtaine de jours le logement indiqué plus haut, lorsque le 27 janvier, vers huit heures du soir, elle fut prise d'un frisson violent, qui dura environ deux heures, suivi de chaleur, puis de sueurs abondantes.

Le 28, la fièvre ne parut pas.

Le 29, elle commença vers deux heures de l'après-midi. Cette fièvre tierce revient pendant une dixaine de jours, à des heures variables.

Le 6 février, l'accès commença à neuf heures du matin ; le 7, il y en eut un autre qui commença à deux heures de l'après-

midi. Dès lors les accès revinrent chaque jour régulièrement, un jour à neuf heures du matin, le lendemain à deux heures de l'après-midi. La fièvre avait passé au type double-tierce.

Le 9 au matin, on constata l'état suivant : coloration jaunâtre et terreuse de la peau caractéristique ; tumeur s'étendant du sein gauche, à deux travers de doigt de l'ombilic, en suivant un trajet très-oblique en bas et en avant, et donnant une longueur de 17 centimètres 1/2. Cette tumeur est formée par la rate. Du reste, l'appétit est conservé, le pouls à 76; rien de remarquable du côté des organes respiratoires.

Le 9 au soir, la face est rouge, la peau chaude, peu humide, le pouls à 120, assez développé. Soif vive, céphalalgie. Cet état avait été précédé d'un frisson violent, accompagné de claquement de dents et de mouvements comme convulsifs. Il fut suivi d'une transpiration très-abondante. Le frisson avait duré de une heure et demie à trois heures et demie. (Un gramme de sulfate de quinine fut administré en deux prises, à huit heures et à dix heures du soir.)

Le 10, l'accès devait paraître à neuf heures du matin ; il ne parut pas. Pas de changement dans la situation de la rate. — *Traitement :* 1 gramme de sulfate de quinine en quatre ou cinq prises.

Le 11, pas d'accès. La rate avait diminué d'un travers de doigt inférieurement. Même traitement.

Le 12, pas d'accès. Diminution de la rate de deux travers de doigt en bas. — *Traitement* : sulfate de quinine, un gramme; vin de quinquina, 100 grammes.

Le 14, la rate avait diminué de quatre travers de doigt, et ne débordait plus les côtes. Le sulfate de quinine fut continué néanmoins les jours suivants, en diminuant les doses de 25 centigrammes tous les deux jours. A sa sortie de l'hôpital, le 18 mars, la rate n'offrait plus que neuf centimètres de hauteur.

On remarquera que chez cette malade la fièvre a gardé le *type* tierce pendant dix jours, qu'elle a passé ensuite au type quotidien ; mais très-rapidement un des accès a avancé et le type double-tierce s'est caractérisé par l'alternance des accès, dont l'un revenait à deux heures de l'après-midi, et celui du jour suivant à neuf heures du matin. Malgré le peu de durée de cette fièvre, dont le début ne remontait pas à plus d'un mois, la malade était, à son entrée à l'hôpital, dans un véritable état cachectique, et la rate n'avait pas moins de 17 centimètres 1/2 de haut en bas. Sous l'influence du sulfate de quinine, à la dose d'un gramme, les accès ont été suspendus immédiatement ; mais le

gonflement de la rate ne s'est dissipé que lentement, et lors de la sortie de la malade, elle offrait encore des dimensions un peu au-dessus de l'état normal. Enfin, nous devons signaler cette curieuse circonstance de l'habitation de cette malade au voisinage du canal St-Martin, c'est-à-dire au voisinage d'une nappe d'eau souvent stagnante et tenant en suspension des matériaux organiques en décomposition. Quinze ou vingt jours de séjour dans ce voisinage ont suffi, bien que ce fût au cœur de l'hiver, pour développer cette fièvre intermittente, dont la malade n'avait jamais eu d'atteinte à aucune autre époque, mais à laquelle elle était probablement prédisposée par le changement de climat.

MÉDECINE OPÉRATOIRE.

16. *Des divers modes opératoires et des règles à suivre pour la résection de l'os maxillaire inférieur;* par le docteur **Am. Forget.**

Suite et fin : *voir* t. IV, avril 1851, p. 156.

(L'Union médicale, N°s 43 et 44 ; 12 et 15 avril 1851.)

Quand on enlève le centre du corps de la mâchoire inférieure, la division des parties molles, qui nous occupe, est suivie d'une hémorrhagie veineuse et artérielle émanant des tissus situés sous la face inférieure de la langue. Il y a dans ce point un bouquet vasculaire qu'il faut embrasser dans une ligature avant de rapprocher les lambeaux. On doit d'ailleurs toujours, à l'exemple de Dupuytren, attendre une demi-heure et même une heure avant d'effectuer ce rapprochement, car il est prouvé que le spasme nerveux auquel le malade est en proie immédiatement après une opération semblable, peut suspendre une hémorrhagie qui ne manquera pas de se produire lorsque l'état spasmodique sera dissipé. Pour pratiquer la ligature du bouquet vasculaire sublingual dont j'ai parlé, et que sa position sur une surface concave rend assez difficile à atteindre, il faut porter deux doigts profondément sur la base de la langue, que l'on refoule en avant et en haut. On met ainsi en relief la surface anfractueuse, point de départ de l'hémorrhagie, dont alors on se rend maître aisément.

Il est un dernier accident que nous avons vu se produire avec une certaine intensité sur le malade qui a fait le sujet de notre seconde observation ; c'est la rétraction de la langue et son renversement en arrière sur le pharynx au moment où les muscles

qui s'insèrent aux apophyses géniennes furent divisées. Cet accident appelle très-vivement l'attention du chirurgien; on verra, dans la *Clinique* de Delpech, qu'il faillit être funeste à un homme opéré par M. le professeur Lallemand de Montpellier, qui n'eut que le temps de pratiquer la trachéotomie pour faire cesser l'asphyxie, qui menaçait d'être mortelle. C'est dans le but de prévenir cet accident que le docteur Ulrich (1) conseilla de décoller le périoste de la surface interne de l'os, afin de conserver aux muscles leur point d'appui. Mais outre la difficulté de son application, ce précepte, évidemment plus théorique que pratique, a dû être rejeté, surtout à cause de l'état du périoste, qui participe toujours plus ou moins de la maladie de l'os.

D'ailleurs, il est facile de prévenir la rétraction de la langue en maintenant cet organe pendant l'opération avec une érigne que l'on remplace ensuite par un fil passé dans son épaisseur, et mieux à travers le frein. Ce fil est fixé, non pas dans le lambeau, auquel il communiquerait ainsi tous les mouvements de la langue, ce qui pourrait produire sur lui un tiraillement douloureux, mais bien hors de la bouche et sur un des côtés de la face; la langue, ainsi, conserve sa position horizontale, et les rapports naturels entre elle et les lambeaux ne se trouvent nullement déviés.

L'utilité de ce fil étant acceptée, il convient de se demander à quelle époque on pourra s'en passer. Delpech a écrit qu'au bout de vingt-quatre heures, il n'y a plus lieu de craindre la rétraction de la langue; s'il a voulu parler seulement de la rétraction primitive, cela peut-être vrai; sur quatorze opérés que j'ai suivis avec soin, je n'ai pas vu, en effet, que cet accident fût à redouter au bout de trois ou quatre jours. A cette époque le traumatisme a produit son effet immédiat, c'est-à-dire qu'il a été suivi d'une turgescence inflammatoire modérée d'un travail plastique, qui a pour résultat de solidifier les parties dans les rapports nouveaux où l'opération les a placées. Toutefois, comme ces connexions n'ont lieu qu'au moyen d'adhérences récentes et très-faibles, il est à propos de ne pas prématurément faire abstraction du lien qui sert à immobiliser la langue et à s'opposer à son renversement.

4° Le *quatrième et dernier temps* de l'opération se passe à couper les parties molles qui s'insèrent à la concavité de la portion d'os qui vient d'être réséquée.

Pour cela, on se sert d'un bistouri que l'on porte à la surface interne de la mâchoire par la même voie que la scie a parcourue.

(1) *Bulletin des sciences médicales* de M. Férussac; t. IV, p. 100.

Afin que l'instrument tranchant puisse être introduit sans difficulté, le chirurgien établira entre le fragment osseux qu'il veut enlever, et le reste de la mâchoire, un déplacement, suivant l'épaisseur et la direction de l'os, ce qui s'opère en saisissant avec les doigts de la main gauche le fragment que l'on porte en bas et en arrière, tandis que les deux moignons latéraux sont maintenus appliqués contre la mâchoire supérieure. Par cette manœuvre, il devient on ne peut plus facile de glisser le bistouri entre les surfaces osseuses qui ont cessé de se correspondre.

On fait ensuite exécuter à l'instrument un mouvement de rotation qui tourne son tranchant vers l'opérateur, et contre les parties molles qu'il doit diviser en allant de gauche à droite. A mesure que les tissus sont coupés, la main du chirurgien qui tient le fragment le renverse, afin de rendre la surface de la plaie plus accessible aux doigts de l'aide qui a mission de tordre ou de lier les artères.

Doit-on couper les muscles de la région hyoïdienne à ras de la surface interne de l'os? Nul doute qu'il ne faille s'éloigner le plus possible de cette surface, si le cancer y a exercé ses ravages. Dans le cas contraire, l'expérience a appris que les muscles laissés dans la plaie contractent des adhérences avec les lambeaux cutanés, et peuvent, à mesure que le tissu inodulaire s'organise, former un point d'appui très-utile aux divers mouvements de la langue, et s'opposer ainsi à sa rétraction secondaire.

L'expérience, en effet, a prouvé que celle-ci, avec les conséquences graves qu'elle entraîne, pouvait, lorsque la langue est abandonnée à elle-même, se manifester à une époque plus éloignée de l'opération. Chez un malade de M. Richerand, M. Velpeau (1) dit avoir vu la langue se maintenir retirée en arrière et ne pas permettre l'ingestion des aliments. La mort survint le vingt-huitième jour et parut être produite par suffocation. M. Bégin, qui a plus particulièrement étudié les causes et le mécanisme de cette rétraction consécutive, qu'il a comparée avec raison à celle qui, à la suite des amputations, produit la conicité du moignon (2), rapporte l'observation d'un individu qui mourut par suffocation au onzième jour.

Cet habile chirurgien a fait voir, par l'examen nécropsique, comment les faisceaux charnus qui s'insèrent à la face interne de

(1) *Nouveaux élém. de méd. opérat.*; t. II, p. 620.

(2) Mémoire sur les résections de la mâchoire inférieure. *Ann. de la chir. franç.*; t. VII.

la mâchoire, étant coupés, l'équilibre entre les puissances musculaires qui maintiennent en position la langue, le pharynx et le larynx, se trouve rompu, et comment alors les muscles stylo-hyoïdiens, les faisceaux postérieurs des digastriques, et médiatement le muscle stylo-glosse tendent incessamment à rapprocher et à confondre ces divers organes. Ainsi, M. Bégin a constaté que la glotte directement inclinée en arrière était en contact avec la paroi postérieure du pharynx, qui lui formait une sorte d'opercule ; que l'hyoïde, au lieu d'être horizontal, avait une direction parallèle à l'axe du cou ; enfin que la langue, entraînée vers le fond de la gorge, y formait une sorte de globe assez semblable à la partie moyenne d'un muscle fortement tendu ; de son côté, le larynx avait subi un mouvement de bascule par suite duquel il s'était renversé de bas en haut et d'avant en arrière, s'arcboutant en quelque sorte contre le rachis.

C'est pour s'opposer à cette rétraction secondaire ou tardive que M. Bégin a proposé une sorte de mâchoire artificielle formée d'un fil métallique solide partant de la nuque, passant au niveau et à une distance convenable de la plaie, et fixé dans sa situation à l'aide de quelques jets de ruban. Sur le milieu de ce cercle immobile et résistant doit être attaché un fil en caoutchouc qui traverse la face inférieure de la langue, maintenue dès lors mécaniquement comme elle l'était par ses adhérences normales, jusqu'à ce que la nature l'ait fixée de nouveau par les tissus qu'elle tend à organiser. L'élasticité du caouthouc lui permettant de se prêter, dans une certaine mesure, aux mouvements de la langue, justifie le choix qu'en a fait M. Bégin et semble devoir lui assurer la préférence des chirurgiens sur les fils de lin ou de soie.

Tout en reconnaissant combien cet appareil est ingénieux, et quelque efficace qu'il puisse être, il ne faudrait pas, néanmoins, que la confiance que le chirurgien se sentirait disposé à lui accorder lui fît perdre de vue certaines conditions opératoires de nature à prévenir ou à déterminer l'accident consécutif dont il est question ; ainsi, il se rappellera qu'il est d'autant plus à redouter, que la résection se rapproche davantage des angles de la mâchoire et que les lambeaux de réparation ont moins de longueur. De là, la nécessité de ne pas perdre de vue le moyen que j'ai indiqué plus haut pour la mensuration exacte de ceux-ci ; en s'en servant, on ne se trouvera pas dans la nécessité, comme je l'ai vu faire quelquefois, de tirer sur les lambeaux avec une certaine force pour parvenir à les affronter ; manière de procéder on ne peut plus défectueuse, non seulement parce qu'elle com-

promet la réunion immédiate, mais encore, et cela est plus grave, parce qu'en refoulant les extrémités osseuses vers le centre de la plaie, elle rétrécit la bouche et refoule la langue en arrière sur l'isthme du gosier. Enfin, un chirurgien expert saura que, dans toute opération autoplastique, il est de règle, lorsqu'on taille un lambeau, de faire, dans des dimensions qu'on lui donne, la part de la rétraction inodulaire.

Les principes généraux que je viens d'exposer s'appliquent principalement à la résection du corps de l'os maxillaire, qu'il y ait on non destruction des parties extérieures qui le recouvrent ; seulement, quand celles-ci conservent leur intégrité, l'opération ne compte plus que trois temps au lieu de quatre. Le premier est consacré à la formation des lambeaux, et ici le chirurgien, qui n'est plus dominé par la nécessité de sacrifier une plus ou moins grande partie des tissus de la face, peut combiner ses incisions de manière que le malade soit défiguré le moins possible ; c'est dans ce but que M. Velpeau s'est efforcé de généraliser pour toutes les résections de la mâchoire un procédé qui consiste à pratiquer une incision courbe à convexité inférieure et parallèle au bord de l'os ; cette incision laisse intacte la lèvre ainsi que la commissure, ce qui n'a pas lieu lorsqu'on met en usage le procédé de M. Jules Cloquet, qui taille un lambeau au moyen d'une incision qui, de la commissure, va se rendre en arrière de la branche de la mâchoire ; ou bien encore celui de Mott, de Philadelphie, qui donne deux lambeaux, l'un inférieur et l'autre supérieur.

Il y a donc un avantage réel à faire choix du procédé de M. Velpeau, en ce sens qu'il permet au lambeau de s'appliquer exactement sur la plaie, qu'il offre au pus un libre écoulement et qu'il ne laisse aucune cicatrice difforme sur le visage. Seulement, il faut bien reconnaître que ce procédé est d'une application assez difficile lorsque la tumeur de la mâchoire qu'il s'agit d'enlever est volumineuse, qu'il ne permet pas, dans ce cas, au chirurgien de voir aussi clair à ce qu'il fait, et qu'il exige toujours l'emploi de la scie à chaîne, procédé de section dont nous avons plus haut fait connaître les inconvénients. Il y aura donc encore ici à discuter une question d'opportunité, et le chirurgien, dans le choix qu'il fera de l'un ou l'autre de ces procédés, devra s'inspirer du fait pathologique lui-même.

Pour compléter cette étude de médecine opératoire, il me reste à exposer les régles à suivre pour la résection de l'os maxilaire avec désarticulation d'un de ses condyles. Mon but n'est pas de décrire les divers procédés suivis par les chirurgiens qui ont

pratiqué cette grave opération ; j'exposerai seulement, avec tous les détails qu'il comporte, celui que j'ai vu réussir sur trois malades.

Une première question se présente à l'esprit du chirurgien au moment de faire cette résection : liera-t-il préalablement la carotide ? ou embrassera-t-il cette artère dans une ligature d'attente pour le cas échéant où une hémorrhagie abondante mettrait les jours du malade en danger ?

Pour être résolue utilement, cette question exige une distinction toute pratique. Si la tumeur qui rend la désarticulation nécessaire est bien circonscrite, si par sa nature elle ne paraît pas avoir suscité autour d'elle un excès de nutrition qui aurait considérablement développé les vaisseaux sanguins, comme cela s'observe pour les tumeurs fongueuses et encéphaloïdes ; si les artères carotides ont conservé leur situation et leurs rapports normaux, la ligature est inutile ; en la faisant, on imposerait sans motif au malade deux opérations au lieu d'une.

Dans les circonstances inverses, lorsque des indurations groupées sur le trajet des vaisseaux importants masquent leur direction et leurs rapports, et que l'extirpation de ces tissus indurés exposerait à ouvrir un grand nombre d'artères volumineuses ; lorsqu'enfin la tumeur principale est enveloppée par un réseau artériel dont les battemens insolites indiquent le développement excessif, et que la tumeur, elle-même ulcérée, ramollie, est le siége de fréquentes hémorrhagies, il y aurait imprudence de la part du chirurgien à ne pas embrasser le tronc carotidien correspondant par une ligature soit d'attente, soit définitive. Cela étant bien établi, arrivons à l'opération.

Les principaux temps qui la résument sont les suivants : 1° incision des parties molles et formation du lambeau ; 2° section de l'os ; 3° division du plancher de la bouche ; 4° division du muscle temporal ; 5° désarticulation.

Formation du lambeau. L'opérateur divise les parties molles au moyen d'une incision qui, commencée sur le bord libre de la lèvre inférieure, descend verticalement jusque sous la base du maxillaire, qu'elle longe ensuite jusqu'à son angle ; puis contourne celui-ci en s'arrondissant et remonte parallèlement à la branche de l'os pour se terminer à une ligne au-dessus de la cavité glénoïde du temporal.

On obtient de la sorte un vaste lambeau formé par la totalité de la joue que l'on dissèque jusqu'au niveau de l'arcade zygomatique ; en arrière et en haut, la dissection doit dépasser la racine

de l'apophyse de ce nom, afin de mettre bien à découvert l'articulation tempo-maxillaire.

Ce premier temps de l'opération est en général d'une exécution facile; on doit y apporter beaucoup de célérité; il ne serait retardé que si des artères volumineuses exigeaient des ligatures multiplées; ou si, comme je l'ai vu une fois, les parties molles avaient contracté des adhérences intimes avec la tumeur.

Section de l'os. On l'opère, comme il a été dit plus haut, avec la scie à main; en prenant un point d'appui contre l'os maxillaire supérieur, si toutefois le volume de la tumeur ne s'oppose pas au rapprochement des mâchoires.

Division des tissus sublinguaux. Cette division s'exécute d'après les règles que nous avons déjà données: le bistouri a son tranchant tourné contre la tumeur, de manière à former avec l'axe de l'os un angle à sinus antérieur. A mesure qu'il coupe les tissus, le chirurgien renverse en dehors la tumeur, et avec elle la mâchoire dont il se sert comme d'un bras de levier; il s'éloigne ainsi de la base de la langue et du pharynx. Il faut surtout prendre garde à ne pas s'engager dans la cavité de ce dernier, qui suit le mouvement imprimé à l'os maxillaire, se déplace et se porte en avant. On devra, pour l'éviter, apporter un soin tout particulier à la dissection des parties molles qui, ainsi que je l'ai observé sur deux malades, est très-difficile lorsque le pharynx a contracté des adhérences avec la tumeur. Dans ce cas, il convient de porter deux doigts de la main gauche dans sa cavité, d'appliquer les doigts contre la surface interne de sa paroi en rapport avec la tumeur, et de disséquer lentement avec des ciseaux mousses sur ces doigts qui, outre l'avantage d'indiquer à l'opérateur le degré d'épaisseur des tissus interposés entre eux et l'instrument tranchant, servent encore à tendre et à soutenir ces mêmes tissus dont ils facilitent ainsi la dissection.

Il est encore d'autres difficultés que peuvent susciter et le développement considérable de la tumeur qui exige l'ablation de la moitié de l'os maxillaire, et la saillie qu'elle forme à l'extérieur, et surtout ses rapports avec les parties situées derrière elle; si, par exemple, comme je l'ai vu, après avoir renversé le muscle sterno-cléïdo-mastoïdien et attiré sur elle les tissus voisins, la tumeur plongeait sur les artères carotides et les couvrait, il faudrait bien se garder de la dégager en ce sens avec l'instrument tranchant; on se servirait des doigts pour rompre les brides cellulo-fibreuses qui la retiennent, en ayant soin de faire appliquer sur l'artère carotide ceux d'un aide, dans le but de maintenir en position ce vaisseau que les efforts de traction pourraient dépla-

cer ; auquel cas, si le bistouri devenait nécessaire, il viendrait se présenter à son tranchant et pourrait être lésé. La pression exercée par un aide, comme je viens de le dire, fait contre-poids aux efforts dirigés en sens inverse, les rapports anatomiques normaux sont conservés, et dès lors il n'y a plus à craindre l'accident dont il s'agit.

Division du muscle temporal. Après que les muscles qui s'insèrent aux apophyses géni, ainsi que le mylo-hyoïdien, le constricteur supérieur du pharynx et les ptérygoïdiens ont été coupés, l'os maxillaire est encore fixé par le muscle temporal. Pour le diviser, on fait abaisser la mâchoire, afin que le sommet de l'apophyse coronoïde descende au-dessous du bord inférieur de l'arcade zygomatique. Au moyen de ciseaux mousses dirigés horizontalement, on divise ensuite d'un seul coup le tendon du muscle temporal. En procédant ainsi, on n'a point à redouter une hémorrhagie qui aurait lieu presque sûrement si on agissait par-dessus l'arcade zygomatique en se rapprochant de la fosse temporale, où rampent des vaisseaux nombreux d'un assez gros calibre. Il peut se présenter pour la section de ce muscle une difficulté provenant d'une disposition anormale de l'apophyse coronoïde. Par une anomalie qui la rapprochait de la conformation qu'elle offre chez les carnassiers, j'ai vu cette apophyse s'élever à plus de trois lignes au-dessus du niveau du condyle, n'en étant séparée à peine que de six lignes ; si bien que cette apophyse se cachait profondément sous l'arcade zygomatique et près de sa base. On ne peut pas la dégager par l'abaissement de la machoire, quelqu'étendu qu'il fût ; il fallut, pour cela, couper préalablement les moyens d'union de l'articulation temporo-maxillaire.

Désarticulation. Ce dernier temps de l'opération s'effectue en renversant la mâchoire en dehors. On met ainsi en saillie le condyle sous la capsule articulaire que l'on incise en avant et en dedans ; cela fait, il est aisé de le luxer, on le voit s'échapper alors comme par énucléation. On achève de couper les liens articulaires à l'aide de ciseaux mousses; on procède lentement pour ne pas blesser l'artère temporale et surtout l'artère maxillaire interne.

L'opération dont je viens de retracer les temps principaux est une conquête précieuse de la chirurgie contemporaine ; elle donne les résultats les plus favorables et qu'on oserait à peine espérer, à voir l'étendue de la solution de continuité de la perte de substance qu'elle nécessite. Dans une statistique dressée par M. Velpeau, on trouve, sur cent soixante cas de résection dont

le genre n'est pas indiqué, cent vingt guérisons. J'ai assisté Lisfranc dans dix cas de résection ; neuf furent suivies de guérison, une seule de mort. Sur ces neuf résections, trois eurent lieu avec désarticulation d'un des condyles, elles furent couronnées d'un plein succès.

Maintenant, que se passe-t-il après la guérison ? Quels phénomènes consécutifs présentent les malades qui ont subi cette grave amputation ? Voici, à cet égard, ce que l'observation m'a démontré.

Pendant quelque temps, il existe une paralysie des muscles de la face, du côté correspondant à la résection et de l'orbiculaire des paupières; longtemps, l'un de nos opérés présenta le phénomène que l'on désigne en disant de celui chez lequel on l'observe, qu'*il fume la pipe*. La bouche reste deviée du côté opposé à la paralysie. Ce n'est qu'au bout de plusieurs années, que la sensibilité des téguments, presque entièrement abolie dans le principe, se rétablit et se maintient aussi développée que celle du côté opposé. La myotilité reparaît ; la joue se contracte d'abord en masse ; puis insensiblement les actions musculaires s'isolent et deviennent plus distinctes.

J'ai observé chez M. B..., huit ans après l'opération, un tic facial intermittent, indolore et borné à la joue. Une autre malade, Mme D... a, pendant longtemps, éprouvé dans l'œil une sorte de tressaillement. Il lui semblait qu'un brouillard épais l'empêchait de distinguer les objets ; il lui suffisait de frotter son œil pour faire cesser cet accident qui se renouvelait plusieurs fois dans la journée et qui n'était qu'instantané.

La prononciation est libre en général ; seulement, l'articulation des mots qui exigent le concours des joues, est fort embrouillée.

Deux fois, j'ai constaté l'exitence, pendant plusieurs mois, d'un épiphora qui a fini par disparaître.

La mastication est un peu gênée par suite du déplacement que subit la moitié restante de l'os maxillaire. Celle-ci se porte en dedans et en arrière, ce qui fait que les arcades dentaires ne se correspondent plus ; pour rétablir entre elles le parallélisme convenable, Mme D... pressait avec le doigt sur l'extrémité de l'os, qu'elle reportait ainsi en dehors et en avant. Je dois ajouter que chez M. B..., cet inconvénient n'existait plus ; la mastication s'opérait très-bien ; plusieurs fois même, je l'ai vu casser des noisettes entre ses dents.

En étudiant les moyens de connexion, qui suppléent la portion de la mâchoire qui est absente, on trouve un tissu dur, fibro-cartilagineux, étendu de l'extrémité du moignon à la cavité glé-

noïde toujours plus ou moins rétrécie. Ce tissu forme un plan prismatique, dont la base répond au plancher de la bouche, et dont le sommet ou le bord tranchant se continue dans la direction de l'arcade dentaire. Les parties molles, les muscles situés sur les côtés de la langue et dans l'épaisseur de la joue, adhèrent à ce tissu fibreux qui, par sa consistance et l'état de tension où il se trouve, fixé qu'il est à chacune de ses extrémités, leur offre un point d'appui solide pour les divers mouvements qu'ils exécutent.

---

17. *Fait de taille très-compliquée;* par M. J.-J. Cazenave, médecin à Bordeaux, membre correspondant de l'Académie nationale de médecine de Paris, etc.

(L'Union médicale, N° 41; 8 avril 1851.)

Comme tous les calculeux qui souffrent depuis longtemps et qui hésitent à se faire opérer, le malade dont j'écris l'observation s'enquérait soigneusement des chirurgiens de Bordeaux qui faisaient souvent l'opération de la pierre. Ses investigations lui ayant fait découvrir que j'avais opéré tout récemment alors, avec succès et par la lithotritie, le docteur Grousset, ancien médecin en chef de la marine, et MM. Ardisson et Lamarque, qu'il connaissait intimement, il vint chez moi, me dit *qu'il savait avoir la pierre*, et me raconta les phases diverses de ses souffrances, en homme qui avait calculé toutes les chances d'une opération, pour les manœuvres de laquelle il avait eu le malheur d'étudier soigneusement le mécanisme de tous les instruments, soit qu'on dût procéder par l'opération sanglante, par la taille, soit qu'on pût s'en tenir au broiement du calcul, à la lithotritie.

Obs. — M. Vieuze, âgé de 60 ans, entrepreneur en bâtiment, a une intelligence d'élite, est actif, laborieux, très-impressionnable, et payait de sa personne, avant d'être arrêté par sa maladie, quand il s'agissait des devoirs de sa profession, mais surtout quand il fallait enhardir ses ouvriers aux pratiques de leur périlleux métier. Il était très-sanguin, très-gros et obèse à quarante ans, et n'avait maigri beaucoup ensuite, sans cesser d'avoir une excellente constitution, qu'à dater de l'époque où il souffrait de la vessie et de l'urètre, c'est-à-dire depuis une vingtaine d'années.

A l'âge de 20 ans le malade tomba à cheval sur des solivaux carrés, d'une hauteur de 6 mètres, mais en fut quitte pour d'assez vives douleurs au périnée, au col vésical, et pour une

large ecchymose, dont il fut débarrassé par un traitement antiphlogistique vigoureux et le repos. Six ans plus tard, un accident de la même nature, mais dont je n'ai pas noté les particularités, provoqua une légère hématurie. En 1842, M. Vieuze fit encore une chute de sa hauteur, tomba à cheval sur la vive arête d'un chevron, et eut le périnée très-profondément contusionné. Cette fois-là, l'hématurie fut plus abondante, mais n'eut aucune suite grave. Un peu plus tard encore, le même accident eut lieu en Médoc : une hématurie considérable survint quelques moments après la chute, et soulagea beaucoup le malade.

Quand je vis M. Vieuze pour la première fois, il souffrait davantage de la vessie, de son col et de l'anus depuis cinq ans ; il urinait plus fréquemment ; avait parfois de la fièvre ; rendait tantôt des urines grisâtres, puriformes, se déposant au fond du vase sans adhérer à ses parois ; d'autres fois, et quand les crises étaient plus violentes, l'urine était sanieuse, brunâtre, sanguinolente, et se décomposait rapidement en exhalant une odeur ammoniacale très-pénétrante. Alors aussi M. Vieuze éprouvait des douleurs cuisantes, de la pesanteur, une sensation de déchirement au bas-fond de la vessie, au périnée et à l'anus, douleurs qui se prolongeaient le plus souvent le long des uretères jusqu'aux reins. D'ailleurs, il marchait lentement, et avec d'assez grandes difficultés. Depuis un an seulement, l'un de nos plus habiles confrères de Bordeaux avait été contraint de lui apprendre à se sonder pour vider la vessie.

Le périnée était labouré par trois énormes cicatrices résultant de trois incisions faites avec un bistouri pour vider des abcès survenus après l'un ou plusieurs des accidents signalés plus haut. La prostate, explorée par le rectum, me paraît être lisse, non douloureuse au toucher, mais volumineuse et très-dure.

En introduisant dans l'urètre une sonde en argent de moyen calibre, et à courbure presque insensible, je traversai ce canal sans difficulté, sans rencontrer la moindre trace d'anciens rétrécissements, et ne fus arrêté qu'à l'entrée du col vésical par un corps dur, que je pus déplacer un peu, mais ne permettant pas à mon instrument d'aller au-delà, quelqu'instance que je misse pour découvrir et enfiler le passage de l'urine. Évidemment j'avais butté là contre un calcul. Quoi qu'il en fût de cet obstacle permanent à l'émission des urines, M. Vieuze pouvait quelquefois uriner sans sonde, mais en faisant de violents efforts, et sous la condition très-expresse d'être accroupi comme pour aller à la garderobe en plein champ. Le plus souvent, à la vérité, force lui était de recourir à une sonde en gomme élastique de

très-petit calibre, sonde à l'aide de laquelle il franchissait le col vésical après quelques tâtonnements. En me servant d'abord de cet instrument pour mes explorations, je fus constamment arrêté à l'entrée du col, et ne franchis la difficulté qu'en cheminant entre deux calculs, et en suivant une rigole fort étroite creusée moitié dans l'un et moitié dans l'autre de ces calculs.

Bien que je crusse à la sureté de mon diagnostic touchant l'existence de deux pierres arrêtées au col de la vessie, je crus devoir arriver jusqu'à elles avec une sonde en argent, très-peu courbée et de petit calibre. Mais là surgirent mille et une difficultés pour trouver le pertuis existant entre les deux corps étrangers. Néanmoins, à force de tâtonnements faits sans brusquerie, je parvins à traverser la rigole, à obtenir une petite quantité d'urine, et à acquérir la fâcheuse conviction que, derrière ces calculs, il y en avait un ou plusieurs autres contre lesquels je buttais avec le bec de la sonde.

La connaissance de ces faits malencontreux me préoccupa beaucoup, et je ne savais que répondre aux questions très-pressantes de Vieuze, qui voulait absolument savoir à quel parti je m'étais arrêté touchant l'opération.

Nonobstant les incertitudes qui assiégeaient mon esprit, et après avoir longuement réfléchi à toutes les éventualités qui pourraient surgir pendant l'opération, quelle qu'elle fût, je fis subir un traitement préparatoire de quelques jours à mon malade, et lui prescrivis des bains tièdes, des boissons tempérantes, quelques antispasmodiques, un purgatif huileux, un régime délayant et deux lavements, l'un la veille et l'autre le jour de l'opération, pour nettoyer le rectum.

L'opération devant être faite dans la matinée du 30 décembre 1847, MM. Carantin Pujos, Fauré et moi, nous nous rendîmes chez le malade où nous trouvâmes plusieurs aides. Bien que j'eusse dit à M. Vieuze, pour ne pas l'effrayer, que je l'opérerais par la lithotritie, je m'étais muni, par précaution, de tous les instruments nécessaires pour le broiement, et de ceux dont on se sert pour faire la taille en pénétrant dans la vessie, soit par le périnée, soit par le rectum, ou à travers l'hypogastre.

Le malade étant placé convenablement, M. Fauré, le chimiste, lui fit respirer du chloroforme pendant dix minutes, dix minutes après lesquelles il nous dit : *je m'envais, je pars, je suis parti,* et ferma les yeux. J'allais introduire un brise-pierre dans l'urètre lorsque M. Vieuze, tout insensible qu'il était, eut un accès de colère, jura, s'emporta, gesticula violemment pendant une minute et demie environ. Lorsque le calme fut rétabli, et

que nous l'eûmes placé convenablement, mais sans liens, M. Fauré lui fit respirer encore un peu de chloroforme et me fit signe de commencer. Armé d'un brise-pierre de très-petit calibre, à bec très-court à mors plats et chagrinés, j'arrivai sans encombre jusqu'au col de la vessie, chargeai les calculs, *les grattai* et les fis reconnaître au confrère qui était à mes côtés. Ce fut inutilement que j'essayai pendant trois ou quatre minutes, et à l'aide de différentes manœuvres, de les saisir l'un après l'autre, de les séparer, de les broyer : l'espace me manquait, le jeu des branches était impossible, puis, les calculs étant arrêtés au col et pressés comme dans un étau, je dus renoncer au but que je m'étais proposé, et procéder autrement. Un cathéter de moyen calibre ayant été introduit jusqu'aux calculs, je fis de vains efforts, tantôt pour faire passer cet instrument entre le col vésical et eux, et tantôt pour me frayer une voie par la rigole qui servait *quelquefois* au passage si difficile des urines. Dans cette occurrence force me fut de faire une opération presque semblable à la taille de Celse, et d'imiter quelques praticiens habiles qui ont agi de la sorte dans un petit nombre de cas exceptionnels (1). Voici comment je procédai : j'incisai sur ce cathéter la partie membraneuse de l'urètre avec un bistouri droit, puis, substituant une sonde cannelée droite à ce catheter, mais en introduisant cette sonde par la plaie extérieure, j'incisai sur les pierres même, divisai le col de la vessie et la prostate du côté gauche du raphé, mais de façon à n'obtenir tout juste, entre les deux calculs, que l'espace nécessaire pour faire pénétrer le cathéter jusque dans la vessie. A l'aide de cet instrument je donnai contre un calcul gisant immédiatement derrière les deux précédents, et ce ne fut qu'en usant d'une grande force que je pus placer le cathéter verticalement, sur la ligne médiane, et le faire maintenir ainsi par mon intelligent confrère. Manœuvrant ainsi avec le lithotôme double selon les règles prescrites, grand fut mon étonnement de ne pouvoir faire pénétrer cet ingénieux instrument dans la vessie qu'avec beaucoup de difficultés, et en séparant de vive force des calculs dont le réservoir urinaire me parut être rempli! On comprendra du reste que l'écartement des lames fut impossible, et que je fus obligé de renoncer à la taille bilatérale classique.

Force me fut donc de me servir d'un long bistouri boutonné

(1) Richerand. *Nosographie et thérapeutique chirurgicales*, t. III, p. 540, 5e édit. ; Paris, 1821. — Dupuytren. *Leçons orales de clinique chirurgicale*, t. IV, p. 619, 2e édit. ; Paris, 1839.

avec lequel je fis deux incisions de deux centimètres (*huit lignes*) chacune sur les deux rayons obliques inférieurs de la prostate. Introduisant alors l'indicateur gauche dans la vessie, je trouvai cet organe plein de calculs qui me parurent être d'un assez petit volume, mais articulés. Quatre de ces calculs, les plus petits, furent extraits avec la curette. Immédiatement après cette manœuvre je pénétrai dans la vessie avec des tenettes dont les mors étaient en rapport avec l'étendue donnée aux incisions de la prostate, saisis de nouveaux calculs, mais évidemment trop volumineux pour passer à travers l'ouverture que j'avais pratiquée. Après avoir prié mon confrère M. Corantin-Pujos de constater le fait, j'introduisis l'index gauche dans le fond de la plaie, couchai sur lui et à plat le même bistouri boutonné dont je m'étais déjà servi, en dirigeai le tranchant en haut, en dehors et à gauche, puis en dehors, en haut et à droite, et fis de la sorte deux incisions de deux centimètres (*huit lignes*) chacune sur les rayons obliques supérieur droit et supérieur gauche de la prostate. De cette façon, et grâce à cette application des incisions multiples, à cette taille quadrilatérale imaginé par M. Vidal (de Cassis), je m'étais frayé un large passage sans avoir couru le risque de franchir le cercle prostatique, de blesser le rectum ni aucune des artères du périnée. J'introduisis alors de plus fortes tenettes, chargeai les calculs qui étaient retenus vers le sommet de la vessie, mais ne pus en extraire que trois d'intacts : d'autres furent écrasés sous les mors de l'instrument.

Une nouvelle exploration, faite avec l'indicateur de ma main droite, me fit découvrir trois gros calculs que je ne pus détacher en les ébranlant successivement avec le doigt, la curette et le bouton. M. Corantin-Pujos et moi nous constatâmes que deux de ces calculs étaient sur les côtés de la vessie et enchatonnés, le troisième, le plus gros, était dans son bas-fond et adhérent. Je glissai un bistouri boutonné entre chaque pierre et le bourrelet membraneux formant le chaton, débridai par des incisions sur deux côtés, dégageai les calculs, mais ne pus les extraire, à cause de leur volume, qu'après les avoir brisés à l'aide d'efforts exercés avec modération.

« Il est extrêmement rare, a dit Boyer, notre classique par excellence, qu'une pierre qui n'est ni chatonnée, ni enkystée, contracte des adhérences avec la vessie ; et lorsque cela a lieu, les adhérences sont si faibles, qu'elles n'apportent presque aucun obstacle à l'extraction de la pierre (1). » J'ai à opposer à la

(1) Boyer. *Traité des maladies chirurgicales et des opérations qui leur conviennent*, t. IX, p. 344, 4e édition ; 1831.

vaste expérience de Boyer un fait notoire qui infirme la portée pratique du passage que je viens de citer, en ce sens que le volumineux calcul que j'avais découvert dans le bas-fond de la vessie avait contracté de si nombreuses et de si intimes adhérences, que j'eus beaucoup de peine à les détruire et à éviter de blesser, de transpercer peut-être la cloison recto-vésicale (1). Après avoir cherché inutilement à ébranler ce calcul avec des tenettes courbes, je m'aperçus que la résistance était considérable et que si je persistais à vouloir l'arracher de vive force, j'exposerais très-certainement le malade à une violente cystite. L'occurrence n'était pas favorable, on le comprendra sans doute, pour suivre les conseils donnés dans le cas d'adhérences légères, et qui consistent à ébranler chaque jour la pierre, à diriger sur elle des injections à la manière de Ledran, et à la séparer par

(1) J'ai un autre fait de calcul adhérant à la vessie par tous les points de sa surface, et ce fait sera consigné tout au long dans un autre travail. Mais, en attendant, qu'il me soit permis d'emprunter à l'article LITHOTOMIE du *Grand dictionnaire des sciences médicales*, tome XXVIII, page 370, le paragraphe suivant, qui me vient en aide contre l'assertion de Boyer :

« ..... On a fait observer avec beaucoup de justesse que les calculs vésicaux étant des corps inorganiques, ils ne pouvaient pas contracter avec les parties vivantes des adhérences proprement dites qui supposent non seulement contact, mais encore continuité de tissu et communication de la vie d'un corps à un autre. Aussi a-t-on nié la réalité de ces pierres adhérentes. Mais ici, comme dans bien d'autres cas, on s'est plus attaché au nom impropre dont on s'était servi, qu'à l'examen sévère et impartial des faits rapportés. Ainsi plusieurs auteurs disent que des pierres rugueuses, chargées de pointes et autres aspérités très-saillantes, ont fini par irriter tellement la membrane muqueuse de la vessie, que celle-ci est devenue le siége de végétations fongueuses, rougeâtres, et pour ainsi dire charnues, dont les ramifications se sont introduites entre les saillies de la pierre, s'y sont attachées et ont retenu invariablement cette pierre dans le lieu qu'elle occupait, lorsque ensuite il a été question de l'extraire. La violence qu'on a été obligé d'employer a rompu les parties de la végétation qui s'y étaient attachées : du sang s'est écoulé de la surface de l'organe; la pierre elle-même en a paru couverte et tapissée par une substance charnue. Telle est la source de l'erreur dans laquelle sont tombés différents écrivains : Le mot adhérence a été prononcé, mais, avant de rejeter la possibilité de la chose, il eût été convenable d'en examiner avec attention les diverses circonstances. Meckel, Ledran, Lapeyronie, Houstet, Ploucquet assurent avoir vu ces adhérences, et plusieurs d'entre eux ont été fort embarrassés pour arrêter l'hémorrhagie que leur déchirure a causée. Si Colot, Lecat et autres disent ne les avoir jamais rencontrées, leur assertion ne prouve rien autre chose, sinon que ces cas sont rares : elle ne saurait infirmer les assertions positives des auteurs précédemment cités. »

gradation jusqu'à ce qu'on puisse l'extraire avec le bouton. Il fallait donc détruire ces adhérences à l'aide d'un moyen plus sûr et plus expéditif. Dans ce but, je priai M. Corantin-Pujos d'introduire l'indicateur de la main droite dans le rectum et de soulever fortement le bas-fond de la vessie. Quant à moi, j'exploirai les adhérences avec l'indicateur gauche, repris le calcul avec des tenettes courbes, puis essayai de l'ébranler de nouveau sans réussir. Dirigeant alors un bistouri boutonné sur les adhérences, que je décrirai plus tard, et parfaitement secondé d'ailleurs par mon très-intelligent confrère, je les détruisis petit à petit avec d'infinies précautions, et en rasant de très-près la surface inférieure du calcul, qui avait les dimensions d'une prostate hypertrophiée de vieillard. Je parvins enfin à dégager la pierre des nombreuses végétations qui avaient pénétré dans ses anfractuosités ; mais n'ayant pas pu lui faire franchir l'ouverture, pourtant très-large, que j'avais pratiquée en divisant les quatre rayons obliques de la prostate, je l'écrasai, non sans de grandes difficultés, et en fis l'extraction par fragments.

Des explorations faites avec des tenettes, la curette et le bouton, et des injections faites à grande eau pour nettoyer la vessie, terminèrent cette laborieuse opération qui avait duré trente-cinq minutes, trente-cinq minutes durant lesquelles, grâce à la prudente habileté de M. Fauré pour manier le chloroforme, M. Vieuze fut toujours insensible et ne fit aucun mouvement, bien qu'il n'eût pas été attaché. En revenant à lui, l'opéré ne se rappela rien de ce qui venait de se passer, et ne croyait pas avoir été taillé !

Une hémorrhagie non inquiétante, mais assez considérable, qui avait eu lieu, fut une saignée salutaire, et concourut assurément au succès de l'opération, qui ne fut entravée par aucun incident de quelque valeur.

VII. Phrénologie, Maladies mentales.

MALADIES MENTALES.

18. *Des lésions de la sensibilité chez les aliénés ; — conséquences thérapeutiques ; — exemples de lésions traumatiques très-graves et de leurs effets physiologiques* ; par M. le docteur Morel, médecin en chef, à Maréville.

(L'Union médicale, Nos 34 et 58 ; 22 mars et 17 mai 1851.)

Dans un récent mémoire publié à propos de l'isolement, dans la *Gazette médicale de Strasbourg*, j'ai cherché à confirmer, par des observations spéciales, les principes émis déjà par le docteur Guislain, de Gand, à propos des changements qui surviennent dans la sensibilité générale des aliénés.

Il est bien peu de folies pendant l'incubation desquelles on n'ait pas remarqué : 1° une exaltation morbide de la sensibilité, 2° une augmentation d'activité organique, 3° un retour intermittent et périodique des phénomènes morbides (1).

Lorsque la folie est confirmée, on observe à propos de la sensibilité les perversions les plus étranges; il y a sous ce rapport chez quelques aliénés de véritables métastases. On a vu de ces malades braver les intempéries des saisons, sans en éprouver d'incommodité. Quelques-uns se sont arraché les yeux, les testicules, brûlé les pieds et les mains sans avoir témoigné de douleur et sans que leur existence ait été compromise. L'expérience des médecins qui pratiquent dans les asiles d'aliénés leur fournit, sous ce rapport, les faits les plus extraordinaires ; aussi les personnes étrangères à la science croient communément que les aliénés ne souffrent pas et que l'on peut impunément transgresser à leur égard les prescriptions de l'hygiène ; mais il n'en est rien ; et les faits que nous comptons envoyer à l'*Union Médicale* serviront peut-être à jeter un jour nouveau sur les phénomènes de la sensibilité générale dans ses rapports avec l'exaltation ou la dépression des facultés intellectuelles et morales.

Obs. I. — Un malade âgé de 48 ans, maniaque chronique à type d'agitation intermittente, monte, pendant un de ses accès, sur un mur élevé de 6 mètres, et, dans son délire, croyant, dit-il, sauter sur les rochers de Jérusalem, il se précipite sur un tas de pierres.

(1) Guislain. *Phrénopathies.*

Transporté immédiatement à l'infirmerie, nous constatons les lésions suivantes ; fracture comminutive du péroné et du tibia des deux jambes à leurs extrémites inférieures. Au pied droit, déchirure des ligaments ; les extrémités fracturées font hernie au dehors, sont très-mobiles et le pied est comme s'il avait été écrasé.

Pendant le pansement le malade ne fait que rire ; la dépression de la sensibilité paraît être en rapport avec l'exaltation de la volonté ; nous le soumettons à des irrigations continues d'eau froide ; nous sommes obligé de le fixer avec la camisole parce qu'autrement il arracherait le pansement, pour voir ce que nous *fabriquons avec son pied.* Au bout de quarante jours, la fracture était parfaitement consolidée ; le malade n'a pas eu de fièvre un peu continue, son pouls a toujours été de 60 à 70 pulsations.

Obs. II. — Un malade lypémaniaque, âgé de 45 ans, qui a commis un infanticide et fait plusieurs tentatives de suicide, se précipite de la lucarne d'un grenier, et tombe d'une hauteur de 15 mètres (fracture du radius, contusion du côté droit), le malade était tombé sur ses jambes. La fracture se consolide parfaitement. Non seulement le malade n'a pas ressenti de phénomènes de commotion, mais n'a pas eu la moindre fièvre.

Il arrive parfois, comme nous le verrons plus tard, que les lésions traumatiques, comme les maladies incidentes internes, modifient le délire des malades ; mais ici aucune modification de cette espèce ne se fait remarquer.

Obs. III. — Une vieille femme de 65 ans se fractura le tibia en cherchant à donner un coup de pied à une autre femme. Elle la poursuit dans les cours, malgré sa fracture qui avait déchiré les téguments, et qui devait être douloureuse ; placée dans un appareil inamovible, elle guérit malgré son agitation continue.

Obs. IV. — Marie L... est une femme de 45 ans, très-bien constituée. Elle nous arrive à l'asile de Maréville avec les détails les plus fâcheux sur son état intellectuel ; non seulement elle a cherché à se suicider plusieurs fois en se précipitant une fois du toit de sa maison, une autre fois en cherchant à monter sur le clocher de son village, et cela dans le même but ; mais elle a voulu encore donner la mort à ses enfants. Elle croit que tout le monde lui en veut, et qu'on l'amène ici pour la faire mourir.

Le lendemain de son arrivée, nous la faisons descendre à la salle d'observation ; conduite par une infirmière, elle trouve moyen de s'échapper. La porte ouverte d'un grenier lui donne

moyen de gagner les toits. Bientôt toute la maison est en rumeur; on est près d'atteindre cette malheureuse, lorsque, repoussant la main qui s'étend pour la saisir, elle se précipite d'une hauteur de 6 mètres; elle tombe sur ses deux genoux, et sa tête porte violemment sur le sol.

Transférée immédiatement à l'infirmerie, voici les désordres que nous constatons :

1° Chute de toutes les dents. Double fracture de la mâchoire inférieure ; la première est simple, la deuxième, située au-devant de l'angle du côté droit, est comminutive et s'ouvre dans la bouche par une plaie assez large. Le bord alvéolaire est complétement enlevé à cet endroit.

2° Une large ecchymose occupant tout le côté droit de la face.

3° Écoulement considérable de sang par l'oreille gauche.

4° Genou droit. A la partie moyenne du genou et à l'angle d'un lambeau de peau tout à fait flottant, on aperçoit un trou profond qui traversant la rotule, fracturée en cinq ou six pièces, correspond avec l'articulation, et laisse échapper une assez grande quantité de synovie mélangée avec du sang.

Une seconde plaie se trouve à la partie externe du même genou; elle est peu profonde.

Le fémur, le tibia et le péroné paraissent intacts.

5° Du côté du genou droit, les désordres sont plus profonds, quoiqu'on ne remarque qu'une fort petite plaie à la partie externe et supérieure de la rotule. La synovie s'en écoule abondamment et on y voit apparaître un fragment osseux. La rotule est broyée de ce côté comme de l'autre.

De plus, la grand mobilité du membre, la crépitation que l'on constate, et le raccourcissement très-considérable, nous font diagnostiquer un écrasement des têtes articulaires du fémur et du tibia.

Malgré des désordres aussi épouvantables, nous ne constatons aucun symptôme de congestion ni de commotion. La malade parle, demande avec instance un confesseur, et ne se plaint nullement de souffrir. Il y a une abolition complète de la sensibilité générale.

Uniquement absorbée par son délire, elle explique les causes de son suicide : elle voulait échapper à la guillotine. Le pouls est faible, déprimé, 108 à 110 pulsations. L'auscultation du cœur nous indique des lésions très-graves dans cet organe. L'ensemble de tous ces désordres, et les conséquences faciles à prévoir, nous font reculer devant l'amputation d'une ou même des deux jambes.

Nous appliquons aux deux jambes l'appareil de Scultet, et nous employons les irrigations continues.

Le 17, 18, 19 octobre, aucune modification dans le délire. On est obligé de fixer la malade, qui cherche à enlever les pièces à pansement dans l'espoir de mourir.

Le 20 octobre, nuit très-mauvaise; la malade se plaint de sa mâchoire. Tremblement particulier coïncidant avec le redoublement de ses idées de suicide.

Le 22, 23 octobre, même état. Le pouls étant très-déprimé, on relève la malade avec du vin chaud sucré. — Potion de digitale; lavements purgatifs.

Le 24, nuit est mauvaise. Le tremblement, commencé à deux heures, dure jusqu'à sept. La malade demande des épingles pour se les planter dans le cœur ou les avaler. Elle refuse toute nourriture; ne veut boire qu'un peu de vin rouge. Le soir, la tête est chaude ; les yeux injectés; les artères de la tête battent avec force. Même état délirant. — Huit sangsues derrière les oreilles ; compresses froides.

Le 25, la nuit est tranquille. Selle sans lavement; pouls faible, tranquille. La malade réclame à grands cris les irrigations que l'on avait voulu suspendre un instant.

Le 26, la malade ne fait que dormir ; elle réclame l'usage de ses mains. Elle déplore la funeste résolution qu'elle a eue de se détruire. L'appareil enlevé nous laisse voir une plaie en bon état, tant du côté droit que du côté gauche, et nous concevons quelque espoir.

Le 27, escharres au sacrum. La malade est reprise de tremblement coïncidant avec ses idées de suicide.

Le 28, bouffées de chaleur à la tête. Du reste, la malade est tranquille. La nuit est très-agitée. Elle réclame des compresses froides sur la tête. Nous trouvons des vers dans les appareils de pansement. On cesse les irrigations pour la panser avec de l'eau rouge, du camphre et du vin de quinquina. On place les jambes dans deux gouttières en fer blanc. Phlyctènes gangréneuses au petit orteil du pied gauche.

Le 29, nuit calme; même état mental. Il faut la surveiller, car ses idées de suicide sont les mêmes. On enlève des esquilles, un pus spumeux et de mauvaise nature s'écoule des plaies. Tuméfaction considérable de la jambe gauche. Pustules de la grandeur d'une lentille sur la jambe droite. Les veines sont fortement marquées; coloration bleuâtre de la jambe droite. On enlève à la jambe gauche un fragment du fémur par l'ouverture de la plaie.

Même pansement général ; la malade réclame les irrigations froides.

Le 30, la nuit est tranquille. Sommeil interrompu par une soif ardente. Pouls très-faible.

Les idées de suicide disparaissent. La malade demande si elle guérira.

Le 31, nuit très-agitée. La malade n'accuse aucune douleur. Ses idées de suicide la reprennent. Pouls très-faible, irrégulier, dépressible. On retire quelques esquilles de la jambe droite. Pus fétide et spumeux ; aspect gangréneux des plaies.

Le 1er novembre, le pouls se relève (100 pulsations), nuit excellente ; même état des jambes. La malade est très-faible ; assoupissement continuel. Pour la première fois se plaint de souffrir des genoux et nous donne des détails sur ses antécédents.

Le 2 novembre, continuation de l'assoupissement; soif ardente; gène dans la respiration. L'ausculation et la perception ne nous révèlent rien. Pas de selles, malgré les lavements (eau de Sedlitz).

La malade change beaucoup ; se plaint vivement de ses souffrances.

Le 3 octobre, point de selles (calomel, lavements purgatifs). La respiration s'embarrase. Assoupissement ; ne se réveille que pour se plaindre. Les plaies ont un très-mauvais aspect. — Cautérisation au nitrate d'argent.

Le soir, évacuation alvine très-abondante ; aussitôt la malade tombe dans une espèce de coma ; elle n'en sort que pour délirer ; mais ce délire ne se rattache pas à son état mental.

Le 4, nuit mauvaise. La malade respire avec peine ; coma. Potion excitante. Teinture de cannelle et d'éther (quatre heures du matin).

Mort à neuf heures du matin, après une demi-heure d'agonie.

Autopsie le 5 novembre, à une heure.

État du *cerveau*, normal. Aucun phénomène de méningite ou de ramollissement, ou même de congestion. Cet organe est un des plus volumineux qu'il nous ait été donné d'observer.

A la section des membranes de la moelle, il s'écoule une forte quantité de liquide rachidien. La moelle ne présente aucune lésion pathologique.

Le *thorax droit* est divisé en deux parties distinctes, recevant chacune une bronche et une veine. Le poumon supérieur a deux lobes ; l'inférieur n'en a qu'un. Aucune adhérence ; aucune congestion.

Le *poumon gauche* est en parfait état. Point d'abcès métastatiques.

Le *cœur* a son volume ordinaire ; l'oreillette droite est un peu dilatée ; ossification à la valvule auriculo-ventriculaire gauche. Le ventricule droit est sain ; rien d'anormal dans la valvule auriculo-ventriculaire, ainsi qu'à l'oreillette.

Le *rein droit* est très-petit (6 centimètres de long, 2 d'épaisseur) ; aucune lésion, du reste.

Le *rein gauche* a le volume normal. Longueur, 13 centimètres; épaisseur, 7 centimètres.

Le *foie* volumineux ; point d'abcès métastatiques.

Tous les autres organes splanchniques sont dans leur état normal.

Voici les désordres spéciaux occasionnés par la chute :

Mâchoire inférieure. — A droite et à un centimètre de la ligne médiane, fracture comminutive oblique ; la fracture est entourée de fusées d'un pouls très-fétide.

Fracture du condyle à droite.

A gauche, se trouve une fracture simple, oblique et symétrique à la première ; fracture du col du condyle. Aucun travail de suppuration.

Genou gauche. — Fracture comminutive de la rotule.

Fémur ; fracture oblique s'étendant du niveau épiphysaire antérieur, sur une longueur de six centimètres. La partie articulaire du fémur s'emboîte entre deux fragmens de la partie supérieure de l'os. Aucun travail pathologique ne se remarque autour de désordres aussi graves. Les plaies des os avaient un très-bel aspect.

Genou droit. — Des fusées purulentes ont disséqué tous les muscles postérieurs et latéraux de la cuisse jusque vers le grand trochanter.

Les désordres primitifs consistent dans une fracture simple de la rotule ; errosion au pourtour des deux condyles du fémur.

Les 2e et 3e pièces du sacrum se dénudent facilement. La friabilité de cet os est considérablement augmentée.

Disons d'abord que nous ne pensons pas que l'amputation eût sauvé cette femme ; si l'on s'était décidé pour cette grave opération, il est probable que la jambe gauche, qui présentait de si graves désordres, eût été sacrifiée ; or, c'est pourtant à la jambe droite que l'on a trouvé les fusées purulentes qui disséquaient si profondément les muscles.

Maintenant, au point de vue psychologico-physiologique, que remarquons nous ?

Aucun changement dans les idées délirantes. La malade conserve presque jusqu'au dernier jour ses tendances au suicide.

Quant à la sensibilité, elle ne se développe que le huitième ou le neuvième jour, lorsque l'on cesse les irrigations. Jusque-là, elle ne s'était pas plainte. On ne dira pas que l'état de ses facultés empêchait, sous ce rapport, l'expression de ses sensations douloureuses. La malade avait la parfaite conscience de ce qui se passait autour d'elle. Sa reconnaissance pour les soins qui lui étaient prodigués se manifestait par des paroles touchantes ; et elle a conservé sa lucidité jusqu'au dernier moment.

Mais s'il est des malades aliénés pour lesquels la sensibilité se déprime sous l'empire de l'exaltation de la volonté, il en est d'autres, au contraire, chez lesquels la sensibilité s'exalte sous l'empire de la dépression de la volonté.

C'est ce que nous verrons dans le cours de quelques études sur cet intéressant sujet, où nous aurons à parler aussi des conséquences thérapeutiques.

Les exemples de dépression de sensibilité chez les aliénés sont nombreux, et l'on conçoit que sous l'empire de l'exaltation de la volonté, la sensibilité générale tende à diminuer. — L'histoire des monomanes, et des monomanes religieux surtout, nous offre sous ce rapport les exemples les plus extraordinaires. — Qui ne connaît le fait de ce cordonnier de Venise, exécuteur de son propre martyre et qui donna à la ville entière le spectacle de son crucifiement.

Obs. VI. — Nous possédons à l'asile un monomane étrange. Le nommé F... espère aussi être crucifié *comme son Sauveur*. C'est en gardant ses troupeaux qu'il s'est livré à des pratiques ascétiques auxquelles son intelligence, naturellement bornée, a imprimé le cachet du délire le plus stupide. Il croit honorer son Dieu en parlant sans desserrer les dents, et en tenant ses mains fermées et fixées convulsivement sur ses hanches. Lorsque la nécessité de manger le force à se servir de ses mains, il a soin que ses coudes ne se détachent pas du tronc, et pendant le fait de la déglutition, il mugit comme une bête féroce. Un jour qu'il était alité, nous nous arrêtâmes devant son lit et nous cherchions la cause d'un rire convulsif auquel il se livrait. L'aliéné répondait à nos questions en disant qu'il était bien heureux et que bientôt il allait se marier. Dans les efforts que nous fîmes pour sortir ses bras de son lit, les couvertures furent dérangées et nous trouvâmes le malade occupé à se couper la verge à la racine, avec un morceau de vieux fer qu'il avait aiguisé. L'opération se passait en notre présence et nous fûmes assez heureux pour arrêter une hémorrhagie déjà considérable qui s'était produite. L'application

des points de suture ne parut pas causer à cet aliéné plus de douleur que l'acte auquel il venait de se livrer.

On nous objectera que la sensibilité ne disparaît jamais complétement, que l'exaltation de la volonté peut bien la diminuer, la masquer jusqu'à un certain point, mais non l'anéantir; à cela nous répondrons : de même que dans l'expression de la douleur il y a des nuances infinies, il n'y en a pas de moins grandes dans la manière dont la sensibilité est affectée. Qui pourrait se flatter de décrire sous ce rapport tout ce qu'il est possible à l'humanité de sentir et de souffrir tant au physique qu'au moral? Et que pouvons-nous faire de mieux dans cette circonstance que de recueillir les aveux de ceux qui ont passé par ces perplexités étranges pour en déduire, s'il est possible, les principes d'une bonne thérapeutique ?

Nous concluons, de l'aveu de certains monomanes, que sous l'empire de l'exaltation de leur volonté, que sous l'influence de l'idée qui les dominait, ils étaient insensibles à l'impression des agents extérieurs ; la privation du sommeil, le refus de prendre de la nourriture ; les tortures atroces auxquelles, dans une pensée de suicide, ils se sont volontairement soumis, n'ont plus rien qui nous étonne. Comment expliquer, si ce n'est par cette lésion de la sensibilité, les raffinements de cruauté exercés par quelques monomanes sur leurs propres personnes.

Obs. VII. — Dans une ville peu éloignée de celle que nous habitons, un homme jeune encore, dans une position sociale élevée et jouissant de tous les avantages de la fortune, avait convolé à de secondes noces. Au milieu des apprêts de la fête, le nouveau marié, chez lequel rien n'avait révélé la funeste résolution qui travaillait son esprit, avait quitté la société, et lorsque son absence prolongée eut fini par jeter l'inquiétude dans sa famille, on se mit à sa recherche, on pénétra jusque dans sa chambre nuptiale et le spectacle suivant s'offrit aux regards des amis et parents. Sur un vaste brasier, activé dans un but de destruction, gisait un cadavre à demi-consumé ; et l'examen médico-légal attestait que ce malheureux, après s'être couché sur le feu, avait conservé toute sa présence d'esprit pour se retourner et rendre sa combustion plus complète.

Les exemples les plus nombreux pourraient être cités à propos de la lésion de la sensibilité ; mais en concluerons-nous que cette insensibilité préserve les aliénés des influences funestes des agents extérieurs? pas le moins du monde, et c'est dans l'intention de combattre certains préjugés relatifs à l'hygiène et au traitement

des aliénés, que nous sommes entré dans les réflexions qui précèdent. Nous avons cependant à examiner un autre côté de la question, celui de l'exagération de la sensibilité dans les débuts de l'affection, peut-être eût-il été plus logique de commencer par là ? mais le lecteur nous pardonnera en vertu des considérations physiologiques-thérapeutiques qu'il nous sera permis de déduire de l'examen général de notre sujet.

§. — Il est peut-être, jusqu'à un certain point, facile de concevoir les douleurs morales et physiques qui torturent les individus au début de la plupart des aliénations mentales. Si nous voulons faire un retour sur les propres souffrances que nous avons endurées nous-mêmes dans les cas où notre sensibilité et nos passions étaient fortement surexcitées; si nous nous rappelons ces angoisses cruelles que nous avons tous éprouvées, en voyant des jours qui nous étaient chers menacés ; ces perplexités, ces dégoûts insurmontables qui, dans les luttes de l'existence, ont si profondément agi sur notre système nerveux : toutes ces causes de dépression ou d'excitation ont été heureusement passagères; nous avons trouvé, je le suppose, des moyens énergiques de résistance dans l'antagonisme de nos facultés, dans l'éloignement progressif des causes, dans l'énivrement de la victoire, après des luttes qui auraient pu devenir mortelles, dans l'appui moral que nous ont prêté nos amis ; nous sommes sortis de ces tourmentes morales plus ou moins déprimés, plus ou moins névrosés ; mais enfin après les tempêtes ont lui des jours de calme, et l'espérance nous a redonné des forces nouvelles.

Mais cet état de dépression, de névrose générale, que je ne fais qu'indiquer, est loin d'être un état passager chez quelques individus, il existe mille et mille causes dans le monde extérieur et dans notre propre individualité qui rendent cette situation permanente. Je n'examine pas si ces causes ont toujours une raison d'être, au point de vue de la logique, je n'apprécie que l'effet produit, et cet effet est désastreux chez des milliers d'individus placés dans des situations on ne peut plus compromettantes au point de vue physique, intellectuel et moral. Ici nous entrons sur le terrain de la pathogénie des affections mentales, et de quelque côté que nous examinions la question, nous ne pouvons l'isoler du phénomène de la douleur, et ce phénomène primordial dont personne ne contestera l'existence nous apparaît comme le générateur inépuisable d'une foule de phénomènes secondaires qui, sous le nom d'affections nerveuses, de névropathies renferment la classe si nombreuse, si variée des aliénations mentales.

§. — Qu'un individu puisse exister avec une névralgie et une névrose sans être menacé d'aliénation mentale, personne ne le conteste, et je serais désespéré si l'on pouvait m'imputer une exagération pareille; je n'ai pas non plus la prétention de faire de théorie, et mon seul but est de déduire quelques principes de l'observation des faits. Je veux dire qu'il n'existe pas d'individu aliéné dans le système nerveux duquel le phénomène de la douleur n'ait jeté la plus grande perturbation et agi d'une manière funeste sur la manifestation de ses fonctions physiologiques.

Depuis la plus simple névralgie jusqu'à cet état que notre ami M. le docteur Cerise a si bien décrit sous le nom de névropathie-protéiforme, et depuis la névropathie-protéiforme qui, pour les milliers d'individus est un temps d'arrêt, jusqu'à la folie la plus consommée, l'œil de l'observateur embrasse un cercle immense dont les degrés peuvent être fixés par la pensée et correspondre à autant d'états maladifs différents qui ont la douleur pour point de départ et la folie pour aboutissant.

Mais, m'objectera-t-on, n'y a-t-il pas des folies instantanées; n'a-t-on pas vu l'excès de la joie, ou le sentiment de la douleur détruire soudainement l'édifice de la raison? Vous parlez de douleur, de névroses, mais n'a-t-on pas observé des individus dont les facultés ont été lésées au milieu de l'état le plus florissant de santé, au centre de tout l'énivrement du bonheur. Et que d'objections encore ne peut-on pas faire? Mais on comprendra ma réserve; j'écris un article, et non un livre. — Je me résume donc dans les objections principales, et je dis : de même que dans la manifestation des moindres maladies il y a des phénomènes précurseurs, des temps d'incubation : de même aussi la folie qui est une maladie, et non une manière plus ou moins absurde de raisonner, se présentera avec des phénomènes précurseurs, des symptômes qui lui enlèvent ce caractère d'instantanéité, et la font rentrer dans le cadre nosologique de toutes les maladies ayant un temps d'incubation, une période d'acuité et un moment de déclin (1).

Veut-on dire qu'il existe des causes dont l'action est pour ainsi dire foudroyante, par l'instantanéité avec laquelle l'édifice de la raison se trouve bouleversé chez quelques individus, je veux bien l'admettre : la science en possède d'assez nombreux exemples, dit-on, et je ne les discute pas ici; mais ces mêmes

(1) Je ne puis nier qu'il y ait des émotions tellement vives, que des individus qui en ont été victimes soient tombés soudainement dans la stupeur et consécutivement dans la folie; mais ces cas sont l'exception et non la régle générale.

individus n'échapperont point dans les phénomènes consécutifs qui vont se révéler à la loi commune de la douleur. — Sans compter qu'avant l'accident qui a déterminé la crise finale, ces mêmes malades se feraient remarquer par l'exagération de leur sensibilité normale, par leur grande impressionnabilité, il arrivera aussi qu'après l'accident confirmé, ils se présenteront à notre observation, avec le cortége plus ou moins complet des névropathies.— J'explique ma pensée dans le résumé de l'observation suivante.

Obs. VIII. — Une demoiselle de 45 ans, douée d'une sensibilité très-vive, trouve au sein d'une famille charmante et bien unie, l'application constante de ses bons sentiments et de ses excellents instincts. Une frayeur très-vive qu'elle éprouve est le point de départ des phénomènes nerveux qui la font tomber dans la mélancolie et amènent à la suite de cet état une période de délire maniaque. — Elle est confiée à nos soins dix mois après avoir été traitée dans sa famille, et ce qui nous frappe dès le début, c'est un ensemble de phénomènes douloureux qui privent cette malade du sommeil et de l'appétit. Cet état général de souffrance semble, à la fin, se localiser dans une névralgie occipitale postérieure. Les rameaux fournis par les nerfs cervicaux sont le point de départ d'une douleur des plus vives. Cette douleur se fait sentir à la nuque, vers la région cérébelleuse et occipitale moyenne, et vient se confondre avec une douleur névralgique sus-orbitaire et occipitale.

Pendant plus d'une année, l'existence de cette malade n'a été qu'un état de souffrance continuelle. — Les saignées et les évacuations sanguines, bien loin de lui apporter quelques soulagements, ne font qu'exaspérer ses souffrances. Nous aurons occasion, du reste, de rappeler ce fait à propos des indications thérapeutiques que l'état physiologique des aliénés nous suggérera.

Un mot encore à propos des objections que nous avons indiquées. Il existe, dit-on, des folies dans lesquelles le bonheur et le contentement des aliénés ne peut assez se révéler, et par les paroles, et l'expression de la physionomie. J'accepte le fait principal ; je pourrais même citer à l'appui les exemples les plus nombreux. Nous possédons, parmi nos monomanes, les personnages les plus heureux de la terre. Nous avons dans notre asile des *inventeurs de la pierre philosophale*, des *possesseurs de mines d'or*, des *représentants*, des *présidents de la République*, des *prophètes*; rien n'égale le bonheur et la joie de ces infortunés ; leur contentement déborde sur leur physionomie ; ils n'accusent au-

cune douleur; ils semblent insensibles aux impressions extérieures; mais aussi qu'à l'aide d'une observation plus attentive, nous pénétrions dans les éléments physiologico-psychologiques de leur existence, que découvrons-nous? Nous voyons que plusieurs de ces malades sont des paralysés généraux frappés d'une affection mortelle ; ce sont encore d'anciens mélancoliques qui, après avoir passé par toutes les péripéties de la douleur, tant au point de vue physique que moral, en arrivent à un état d'exaltation telle, que sous l'empire de la systématisation de leurs conceptions délirantes, l'élément douloureux disparaît pour faire place à l'expansion des phénomènes les plus opposés. — Au physique, vous observez une exagération morbide des mouvements, la face est plus colorée; les artères battent avec plus de force; l'appétit est augmenté; ils ne mangent plus, ils dévorent; le sommeil est court et léger, souvent il existe à peine; les hallucinations de la vue et de l'ouïe entretiennent chez ces individus une activité cérébrale extraordinaire; il s'opère souvent chez eux de véritables métastases de la sensibilité; et si ces infortunés, parvenant à systématiser leur délire, finissent par se persuader qu'ils sont des êtres extraordinaires, qu'ils possèdent l'univers et ses trésors, qu'ils sont *roi*, qu'ils sont *Dieu*, rien n'égale, comme on pense, le sentiment qu'ils ont de leur bonheur; rien ne surpasse l'idée qu'ils se font de leur puissance; et, sous l'empire de leur idée, ils accomplissent les faits les plus étranges, et ne vont que trop souvent chercher leurs victimes dans les objets de leurs plus chères affections; mais il arrive une époque où les phénomènes d'exaltation cessent, et parfois brusquement; l'excitation du système nerveux est remplacée par la dépression; les traits de l'aliéné, épanouis sous l'influence de l'idée délirante qu'il caressait, se contractent de nouveau comme sous l'empire d'un spasme douloureux; à l'activité du système musculaire succède un anéantissement général; le marasme s'empare de ces aliénés, et la moindre maladie incidente qui vient compliquer la situation est souvent le signal de la mort.

(*La suite à un prochain numéro.*)

VIII. Maladies des Voies génito-urinaires.

---

19. *Observations de paraplégies accompagnées de rétention et d'incontinence d'urine, dépendantes d'une altération des reins*; par M. Costes, professeur de pathologie externe, médecin de l'hôpital Saint-André.

(Journal de médecine de Bordeaux, mars 1851.)

Quelles relations physiologiques et pathologiques peut-on établir entre les reins et les organes nerveux du mouvement des membres inférieurs? Y a-t-il quelque lien entre la paraplégie et la néphrite, pour que la première puisse se montrer sans altération de la moelle épinière, et par cela seul que les reins sont dans un état morbide?

Cette question a été soulevée par le docteur Stanley, à propos de quelques faits qu'il avait eu occasion de voir, et dans lesquels il n'avait trouvé, pour se rendre compte de la paraplégie, que des altérations de structure dans les organes sécréteurs de l'urine.

Sans nous préoccuper de l'explication à fournir sur des faits analogues, ayant eu occasion d'en observer deux dont l'issue a été heureuse (ce qui semble faire exception à ce qu'a vu le docteur Stanley), nous croyons devoir les rapporter; nous les rapprocherons ensuite de ceux du médecin anglais, dont nous donnerons une courte analyse.

Mentionnons d'abord le fait le moins grave, celui d'une paraplégie incomplète.

Obs. I. — Pierre Taffard, soixante ans, marié, berger à Saint-Aubin (Gironde), d'une constitution autrefois assez forte, tempérament nerveux, se nourrissant habituellement de seigle, habite un endroit marécageux. Il a eu des fièvres tierces il y a environ deux ans; il n'a jamais eu d'affection vénérienne. Il y a environ trois mois, au milieu de l'hiver, sans cause à lui connue, Pierre Taffard éprouva de la difficulté dans l'émission de l'urine, difficulté qui augmenta de jour en jour. Il finit par n'uriner plus que goutte à goutte et par regorgement; l'hypogastre était distendu, et, six semaines après, les bourses se tuméfièrent. La paralysie de la vessie fut bientôt suivie d'une paralysie incomplète des membres supérieurs; de telle sorte, qu'à son entrée à l'hôpital, il marche très-difficilement, bien que soutenu par quelqu'un.

On ne lui a fait aucun traitement; il n'a jamais été sondé. Le 27 avril 1850, il entre à l'hôpital, salle 14, n° 16, et il offre l'état suivant : Teint jaune pâle, visage et membres maigres ; hypogastre distendu, douloureux à la pression : il porte un hydrocèle. Les cuisses et les jambes ont perdu de leur sensibilité et de leur motilité. L'appétit est nul, la soif ardente ; l'urine sort goutte à goutte et involontairement.

A la première visite, le 28, on évacue par la sonde un plein bassin d'urine ; le malade est soulagé. Cette opération est répétée, matin et soir, pendant quatre à cinq jours, et l'urine est très-abondante chaque fois, bien qu'elle coule goutte à goutte dans l'intervalle.

Prescription : Axonge 12,0, strychnine 0,5, mêlez ; en enduire une sonde et la placer dans l'urètre. A l'intérieur, ergot de seigle 4,0, à prendre en quatre fois dans la journée ; tisane de graines de lin nitrée.

Le 4 mai, on place une sonde à demeure ; le 8, on vide l'hydrocèle ; la pommade s'introduit difficilement dans l'urètre ; on y fait passer une goutte de teinture de cantharides, en la propulsant au moyen d'une injection émolliente. Ce moyen, continué jusqu'au 10, n'amène aucun résultat avantageux ; l'urine est toujours involontaire.

On injecte dans la vessie une eau sulfureuse (sulfure de potasse 6,00, eau 300,0), et l'on donne deux tasses d'infusion de quinquina.

Le 12, l'injection sulfureuse semble avoir produit un peu d'effet; depuis huit heures du matin, où l'on a ôté la sonde, l'urine n'a commencé à couler involontairement qu'à midi jusqu'à trois heures, moment du nouveau cathétérisme.

De ce jour au 15, l'urine n'a pas goutté du matin au soir ; mais si l'incontinence parait cesser, la rétention est la même, le malade ne peut uriner. On double la dose du sulfure de potasse dans l'injection.

Pendant quelques jours, il y a plus de difficulté dans l'introduction de la sonde; on constate quelques légères exacerbations fébriles vers le soir. Le malade remue mieux les jambes, mais il ne peut pas encore se lever.

Le 22, en examinant la colonne épinière, on découvre un point légèrement douloureux; correspondant vers la deuxième vertèbre lombaire. Vésicatoire *loco-dolenti* ; décoction de quinquina, deux tasses.

Le 25, on met sur la surface des vésicatoires, 3 centigrammes de strychnine ; bientôt, on constate du mieux. En faisant effort,

le malade urine seul, mais à peine une cuillerée de liquide ; il ne garde la sonde que la nuit.

L'usage de la strychnine a d'abord amené des secousses convulsives dans les membres paralysés, et bientôt la motilité augmente, au point que le malade peut enfin se lever.

On donne, à l'intérieur, des pilules au nombre de cinq par jour, avec un centigramme chacune de strychnine. Le mieux augmente ; le malade, par moment, lance volontairement quelques jets d'urine ; mais ce mieux est intermittent.

Jusqu'au 4 juin, l'état reste stationnaire ; le 5, on pratique trois fois par jour des injections dans l'urètre, avec une solution de 0,30 de strychnine dans 500 grammes d'eau ; alcool, quelques gouttes ; 60 grammes par chaque injection.

Le malade commence à marcher dans la salle ; l'appétit s'est rétabli. A compter de ce moment, l'urine coule de plus en plus, à la volonté du malade, mais le jet est assez faible ; il lui faut plus de temps qu'à un autre pour émettre la même quantité d'urine ; cependant, on est obligé encore de le sonder de temps en temps.

Enfin, le 29 juin, l'urine a repris tout à fait sa marche naturelle, les extrémités inférieures leur puissance, et le malade sort complétement guéri, après deux mois de séjour à l'hôpital.

Pendant que nous constations le succès de la strychnine chez le malade dont nous venons de parler, un cas analogue, mais beaucoup plus grave, s'offrait à notre observation.

C'est surtout à l'occasion de ce fait que le Mémoire du docteur Stanley, dont nous avons parlé en commençant, nous vint en mémoire ; et comme tous les cas, ou presque tous, s'étaient terminés d'une manière fatale, nous posâmes un pronostic funeste à la première investigation du nouveau cas qui s'offrait à nous.

Obs. II. — C'était le 15 juin 1850 que J. Robert, trente-six ans, né à Nossette (Puy-de-Dôme), célibataire, jardinier, domicilié à Bègles, d'une constitution forte, stature élevée, conformation herculéenne, à cheveux ardents, peau blanche, parsemée de taches de rousseur, ayant toujours joui d'une bonne santé, si ce n'est qu'il a eu autrefois une blennorrhagie, fut admis à l'hôpital Saint-André, salle 14, n° 18.

Le malade raconte que, quatre ou cinq jours auparavant, à la suite d'un travail pénible, le corps étant en sueur, il s'est couché à l'ombre. Pendant trois jours, il n'éprouva rien de particulier ; mais, alors, il lui fut impossible de reprendre son travail. D'abord, il éprouva de vives douleurs entre les épaules et une grande

faiblesse dans les jambes. Néanmoins, il put se rendre chez un de ses amis tenant auberge; il se mit au lit, prit du vin chaud et transpira beaucoup. Se sentant mieux, il se leva et mangea comme à son ordinaire. Le lendemain, il lui fut absolument impossible de remuer les jambes, et il fut pris de rétention d'urine.

Voyant que son mal ne s'améliorait pas, il se fit transporter à l'hôpital.

Là, il offrit les symptômes suivants : couché sur le dos, il est triste, abattu ; sans fièvre, le pouls, petit, faible, donne 60 pulsations seulement; la respiration est libre ; les muscles pectoraux cependant éprouvent un peu de gêne dans leurs mouvements.

La percussion et l'auscultation n'offrent rien de remarquable. L'abdomen offre à l'hypogastre une tumeur dure, rénitente, volumineuse. C'est la vessie distendue. Le malade n'a pas uriné depuis trois jours. Il n'y a pas de douleur à la pression; mais, par elle, on détermine la sortie de quelques gouttes d'urine.

Il y a perte absolue du sentiment et du mouvement des membres inférieurs ; le malade ne sent même pas si on le pince fortement, et les membres restent complétement impotents. Depuis cinq jours, il n'a pas été à la selle.

Le cathétérisme évacue environ trois litres d'urine rouge, d'une odeur fortement ammoniacale. On prescrit un lavement avec 16 grammes de sel marin.

Les deux jours suivants, le pouls reste petit, faible et lent (58 pulsations). On sonde le malade matin et soir ; friction sur les membres inférieurs, avec un liniment cantharidé ; la constipation continue.

Le 17, sulfate de magnésie, 40,0 grammes *subito* ; le soir, il y a une seule selle involontaire, abondante, d'une matière liquide, verdâtre. On donne, le 18, 30 grammes d'huile de ricin avec 100 grammes d'émulsion d'amandes douces, en cinq fois dans la journée.

L'urine sort par regorgement.

Le 19, l'urine est trouble, blanchâtre, dépose une matière filante, comme visqueuse ; le gland est rouge, enflammé ; si on presse l'urètre, il en sort des mucosités épaisses, pareilles à celles que l'on retrouve dans le vase. Tisane de graine de lin ; vésicatoire aux lombes.

Le 20 au soir, fièvre légère.

Le 21, l'urine est sanglante et dépose un sédiment ressem-

blant à de l'albumine. Il y a, de plus, comme une fausse membrane organisée.

Le 22, l'urine qui s'échappe de la vessie par la sonde, est rougeâtre, épaisse et accompagnée d'un sang noirâtre à moitié cailleboté. L'on est obligé d'injecter de l'eau dans la sonde pour la débarrasser des caillots qui empêchent l'urine de sortir.

Le sang ne paraît pas provenir de l'urètre, mais bien de la vessie et peut-être des reins.

Le lendemain, il y a moins de mucosités; on met une sonde à demeure.

Le 24, on remarque quelques mouvements de flexion et d'extension du gros orteil et même des pieds. L'urine est toujours sanglante. Le malade a bon appétit; on le nourrit assez bien. Le pouls n'est qu'à 56. Le vésicatoire s'était séché : on en applique un second; on le fait panser avec 0,02 de strychnine. On fait des injections dans la vessie avec de l'eau d'orge miellée. Lavement avec 16,0 de sel marin ; comme le malade ne peut les retenir, on le fait porter très-haut dans l'intestin avec une canule de gomme élastique.

Le 25, le malade éprouve des mouvements involontaires dans les membres inférieurs; il commence à pousser l'urine en contractant fortement les muscles abdominaux, et probablement à l'aide du diaphragme. L'urine n'a pas d'odeur ammoniacale.

On s'aperçoit d'une escharre double au sacrum ; on la recouvre d'un cataplasme émollient.

Les 26 et 27, il y a un mieux sensible : on constate l'action des muscles rotateurs de la cuisse. L'urine est moins épaisse; il n'y a pas de sang. On a fait des lotions chlorurées sur l'escharre, et on a donné à l'intérieur, par cuillerées, la potion suivante : sulfate de quinine, 0,40; infusion de camomille, 100,0; sirop d'écorce d'oranges, 60,0 ; acétate d'ammoniaque, 4,0.

Le 28, le malade peut uriner sans sonde; il peut même lancer l'urine en jet ; il s'arrête et recommence à volonté. Mêmes prescriptions, même état jusqu'au 1er juillet.

On est obligé de revenir parfois à la sonde. La puissance d'excrétion n'est pas continue.

Le 2, on fait des injections avec de l'eau de Barèges mitigée. Le soir, l'urine est très-trouble, très-chargée ; on la garde, et l'on y constate le lendemain beaucoup de matière comme purulente. Soumise au microscope, on reconnaît des globules d'un pus mal lié. Il y a des douleurs convulsives à la région lombaire ; le pouls est plus fréquent : 70. Le malade a été à la selle volon-

tairement ; il a bien dormi ; l'appétit est moindre, mais bien conservé.

Le 3, il n'y a plus que 56 pulsations.

Du 4 au 8, il y a moins de pus dans les urines. Pas d'autre amélioration. Les escharres n'ont pas augmenté. On a toujours donné la potion au sulfate de quinine ; plus, de la tisane de consoude avec sirop de baume de Tolu.

Pendant plusieurs jours, il y a peu de variation dans l'état du malade : il fléchit mieux les jambes ; il y a des douleurs spasmodiques qui partent de la région lombaire gauche et se prolongent dans le membre correspondant. On mitige moins l'eau de Barèges des injections.

Dans la nuit du 15 juillet, le malade a peu dormi ; il a été réveillé en sursaut par de fortes douleurs de reins des deux côtés ; l'urine est chargée de mucosités non filantes qui ne s'agglutinent pas ; il y a encore du pus. La constipation dure depuis trois jours. Le malade reste assis pendant plusieurs heures, sans pouvoir remuer les jambes, ce qu'il fait pourtant au lit. On a donné pendant cinq jours une potion avec du baume de copahu dans de l'émulsion d'amandes douces : elle a produit peu d'effet, on la supprime ; cependant, l'urine est moins abondante, mais contient toujours du pus et des matières gluantes.

Le 19, le malade est mieux, a bien dormi, peut se tourner dans son lit, se coucher sur le ventre ; la mobilité des jambes a augmenté : il a pu faire trois pas à l'aide d'un bras.

Jusqu'au 24, il y a des alternatives en bien et en mal. Ainsi, un soir, il peut marcher jusqu'au bout de la salle, en s'appuyant aux lits ; le lendemain, il a plus de peine à l'exécuter. L'urine est plus ou moins abondante, et chargée d'inégales quantités de pus et de matières gluantes.

On supprime les injections : l'urine est plus chargée de pus.

Le 25, le mieux se continue : le malade marche à l'aide d'une canne. Les urines sont volontaires ; elles ont été examinées au microscope par M. Reimonencq, qui y a trouvé des cristaux nombreux de phosphate ammoniaco-magnésien, et de l'urate d'ammoniaque ; elles ne contiennent ni albumine, ni pus, seulement quelques globules de sang déformées. Il a cru y reconnaître encore des fragments d'épithélium, ce qui indiquerait une exfoliation de la muqueuse urétrale.

Cet état se maintient jusqu'au 30. La constipation rend de temps en temps utile le recours à un purgatif.

Afin de modifier plus complétement les fonctions rénales, je prescris l'iodure de potassium à la dose de 20 centigrammes

dans deux tasses de décoction de quinquina, édulcorée avec du sirop de baume de Tolu.

Le 1er août, le malade marche sans même se servir de canne; mais il se plaint d'une douleur à la région cervicale, qui, le lendemain, s'étend à la région lombaire. Il éprouve aussi des vertiges.

Le 3, moins de force aux membres inférieurs; la pression exercée sur l'épine dorsale, détermine de la douleur vers la cinquième vertèbre lombaire. Les selles sont devenues régulières, mais trop nombreuses (trois ou quatre dans les vingt-quatre heures); mais les urines contiennent plus ou moins le même dépôt filant de mucosités. Je prescris deux tasses d'infusion de ratanhia avec 0,5 d'extrait gommeux d'opium.

Le 9, il n'y a pas de selles, on supprime le ratanhia.

Le 12, pendant la nuit, il y a eu une dizaine de selles, solides pourtant, excepté la dernière; opium, 00,5

Le 13, pas de selles; même état, même prescription.

Le 15, les matières filantes ont presque entièrement disparu des urines; à peine s'y en trouva-t-il un gramme en dépôt, et pourtant elles ont été très-abondantes.

Cet état se maintient, en s'améliorant de jour en jour, jusqu'au 20, où le malade sort en congé, et fait une très-longue course: aller et venir en une heure et demie, en se servant seulement d'une canne.

Les plaies qu'ont laissées les escharres du sacrum n'ont plus que l'étendue d'une pièce de 25 centimes environ.

Une nouvelle analyse de l'urine, faite par M. Barbet, y découvre du phosphate ammoniaco-magnésien, un peu de phosphate de chaux, de l'albumine, du mucus et un peu de pus.

De temps en temps, il y a un peu de douleur à la région lombaire pendant la marche.

Les urines deviennent de plus en plus claires, limpides, bien qu'avec des alternatives, où elles sont encore chargées d'un dépôt filant au fond du vase.

La limonade administrée pendant quelques jours a beaucoup modifié l'urine.

Le 28 août, on cesse l'usage de l'iodure de potassium, et l'on donne des eaux bonnes (deux verres), coupées avec du lait, jusqu'au 4 septembre, où le malade sort en très-bon état; seulement, ses forces ne sont pas entièrement revenues. Les plaies résultant des escharres ont laissé un petit point fistuleux; on le cautérise avec le nitrate d'argent, et le malade quitte l'hôpital, très-heureux d'aller reprendre ses travaux.

Résumons maintenant, en quelques mots, le Mémoire de M. Stanley. Il a pour titre : *De l'irritation de la moelle épinière et de ses nerfs en connexion avec une maladie des reins* (1).

Dans ce Mémoire, ce médecin rapporte des faits d'une maladie des reins coexistant avec des affections paraplégiques et une irritation de l'épine; lesquels étaient traités comme des maladies des fibro-cartilages et des corps des vertèbres elles-mêmes.

Ier *Fait.* — Le premier cas qui attira son attention fut celui d'un malade, à l'hôpital Saint-Barthélemy, admis pour une paraplégie avec rétention d'urine. La mobilité et la sensibilité étaient perdues à la fois dans les membres inférieurs. A l'examen, on trouvait de la douleur vers la troisième vertèbre lombaire ; là, on mit des cautères, il s'ensuivit de l'amendement ; le mouvement et le sentiment reparurent un peu ; la rétention d'urine se changea en incontinence ; mais le mieux s'arrêta, la santé générale s'affaiblit, et le malade mourut.

A l'autopsie, on ne découvrit rien dans la colonne épinière, ni dans la moelle, pas plus qu'au cerveau et aux méninges ; mais dans un rein étaient de nombreux petits abcès ; l'autre était gorgé de sang et ramolli dans sa structure. La muqueuse de l'uretère et de la vessie était très-vasculaire, et la tunique musculaire de cette dernière épaisse (*thickened*).

IIe *Fait.* — Un nouveau cas fut observé, en 1821, sur un homme de trente-cinq ans, admis à cause d'une faiblesse, à la fois dans les extrémités supérieure et inférieure, durant depuis un mois, et supposée tenir à une maladie des vertèbres cervicales. Il souffrait d'une irritation dans la vessie, avec difficulté passagère de chasser l'urine, qui contenait un fluide puriforme ; sa santé déclina graduellement, et il mourut six semaines après son entrée à l'hôpital de Saint-Barthélemy.

La nécropsie montra les deux reins gorgés de sang ; la substance de l'un était remplie de petits dépôts purulents ; la tunique musculaire de la vessie était épaissie et sa muqueuse très-vasculeuse ; nulle apparence morbide ni dans le cerveau ou la moelle épinière, ni dans les vertèbres.

IIIe *Fait.* — Le troisième cas fourni à M. Stanley, par le docteur Hunt de Dartwouth, concerne un Monsieur de vingt-huit ans, qui avait fait une chute sur son dos, qui se meurtrit, et dont il fut bientôt guéri. Quelques semaines après, il eut grand

(1) *Medico-chirurgical Transactions* ; vol. XVIII. — *In medico-chirurgical Review*, n° 44. Avril 1835, page 353.

froid après avoir eu grand chaud. La nuit suivante, il fut saisi d'une forte douleur dans les reins; en partie soulagée par une saignée, la douleur continua, néanmoins, et le malade commença à perdre le sentiment et le mouvement dans les membres inférieurs ; la douleur du dos était augmentée par la pression, mais n'augmentait pas par l'application d'une éponge chaude : peu à peu, il perdit le mouvement et le sentiment de ses membres, avec la faculté de retenir son urine, et il mourut.

A la nécropsie, on trouva un rein représentant entièrement comme un sac rempli de pus, et, dans l'autre, plusieurs petits abcès : il n'y avait pas d'altération de l'épine, ni d'aucune autre partie du corps.

IVe *Fait.* — Le docteur Horwood, de Gosport, a fourni le quatrième cas.

Le malade, après une chute sur le dos, qui fut suivie de paralysie des membres inférieurs, fut traité comme pour une maladie de l'épine jusqu'à sa mort. On trouva des abcès dans les deux reins, un épaississement des tuniques de la vessie, avec engorgement de la prostate, les viscères thorachiques et abdominaux sains, le cerveau et la moelle épinière à l'état normal, excepté une vascularisation exceptionnelle dans les membranes médullaires au-dessous de la première vertèbre lombaire. Il n'y avait pas eu le plus petit soupçon de maladie du rein, la douleur du dos ayant été tout à fait rapportée à la maladie qu'on supposait dans l'épine.

Voilà quatre cas, dit l'auteur, considérés comme des maladies de l'épine et traités en conséquence, dans lesquels les vertèbres et leurs dépendances sont trouvées saines, et la seule maladie qui donne la certitude de son existence a son siége dans les reins, avec lesquels, par conséquent, il est à présumer que l'irritation de l'épine est liée.

Il s'occupe après de savoir si l'irritation de la moelle épinière est une affection indépendante de la maladie des reins, qui n'aurait été qu'une coïncidence, et y répond par les faits suivants :

Ve *Fait.* — M. Burnett, chirurgien de l'hôpital St-Barthélemy, a recueilli le cinquième fait. Un homme de vingt-deux ans fut reçu pour une rétention d'urine, suite d'une gonorrhée grave arrêtée par des injections. La vessie perdit alors son pouvoir expulsif, le sphincter anal se paralysa, ainsi que les extrémités inférieures. Le malade se plaint d'une forte douleur dans le dos, vers la cinquième vertèbre lombaire ; son aspect est inquiet, animé, la langue est sale *(furred)*, le pouls 0,120; l'abdomen tendu et sensible, surtout dans la région hypogastrique. Le ma-

lade trace distinctement la ligne de sa douleur, de la vessie vers le rein gauche, puis à travers les lombes, vers le rein droit. Bientôt, il perdit tout sentiment et tout mouvement des extrémités inférieures. Les urines regorgeaient goutte à goutte ; celle qu'on retirait de la vessie était obscure, de mauvaise odeur et contenant du *mucus*, et les selles étaient involontaires.

Plusieurs moyens furent employés avec peu ou point d'effet : le malade mourut quinze jours après son entrée à l'hôpital.

A l'examen du corps, on trouva les reins plus volumineux et ramollis. En les coupant, on découvrait de nombreux petits dépôts de pus dans les deux substances tubulaire ou corticale. L'infundibulum et les bassinets étaient remplis de pus mêlé de mucus épais et glutineux; la membrane muqueuse vésicale était très-vasculaire et en partie couverte de lymphe coagulable. Tout le reste était sain, d'ailleurs, dans le cerveau et la moelle épinière.

Dans ce cas, comme dans les quatre précédents, il y avait néphrite avec paralysie des extrémités inférieures ; mais les symptômes étaient moins équivoques et la maladie du rein pouvait à peine être aperçue.

VIe *Fait.* — Dans le courant de mai 1833, le cas suivant s'offrit à Saint-Barthélemy, sous les soins de M. Earle : Un homme, âgé de trente ans, entra avec une gonorrhée et un phymosis ; l'écoulement continuait, quoique l'inflammation eût cessé ; dans cet état et sans aucune cause apparente, il fut pris de paraplégie depuis l'ombilic en bas. Les fonctions du cerveau étaient intactes. Il disait qu'il avait été souffrant depuis un ou deux jours du côté des reins. La saignée et une purgation furent sans effet; l'urine coulait involontairement. Un cathéter fut introduit et retira trois pintes d'urine. Dans seize heures, depuis le commencement de l'attaque, il tomba tout à coup dans son lit, et mourut.

Le souvenir des cas déjà rapportés fit prédire à M. Stanley que, dans cet exemple, on trouverait de l'inflammation dans les reins. La moelle épinière fut soigneusement examinée. On trouva bien quelque turgescence dans les vaisseaux, les membranes et la substance de la portion lombaire, et quelques dragmes de fluide transparent dans les membranes ; mais, ni la turgescence des vaisseaux, ni le liquide trouvé, n'étaient suffisants pour expliquer la paraplégie par la pression sur la moelle. Les reins étaient d'une couleur foncée, presque noire, flasque, gorgés de sang ; la muqueuse des bassinets et des infundibulums était brune ; les tuniques muqueuses des uretères et de la vessie

étaient vascularisées en excès; la vessie contenait une pinte d'urine.

En liant ce fait à ceux qui précèdent, il semble qu'il y ait une connexion entre la paraplégie et l'état inflammatoire des reins, rendue évidente par l'afflux du sang vers leur substance. Si la vie eût duré plus longtemps, il est probable qu'il y eût eu du pus dans les reins. Dès l'invasion de la paraplégie, il y a une sécrétion extraordinaire d'urine, et, ce qui est digne de remarque, qui paraît liée avec un grand afflux de sang vers les reins.

Après avoir rapporté ces faits, M. Stanley entre dans quelques explications.

Les ganglions lombaires du grand sympathique communiquent librement avec les nerfs de la moelle épinière, et, de ces ganglions, des nerfs se rendent aux plexus rénaux. Dans les cas qu'il rapporte, il croit probable que la maladie a commencé dans les reins et s'est étendue à la moelle épinière, et à ses nerfs ensuite. Le contraire de cet enchaînement s'observe chaque jour, l'irritation de la moelle épinière se communicant aux reins et aux autres parties de l'appareil urinaire.

Dans combien de circonstances des atteintes à la moelle épinière, par des coups ou des chutes, n'ont-elles pas, dit Prout, amené des dépôts de phosphate terreux dans l'urine ?

M. Stanley pense que, dans les faits qu'il publie, l'irritation a commencé par les nerfs d'un organe intérieur, les reins ou la vessie ; qu'elle a été transmise par la moelle épinière aux nerfs du mouvement et du sentiment des membres inférieurs ; mais le même phénomène peut arriver en sens inverse. Ainsi, dans une fracture compliquée ou une blessure grave de l'extrémité inférieure suivie de rétention d'urine, l'irritation venant du nerf crural antérieur ou sciatique, peut communiquer, par les plexus lombaires et sacrés, des nerfs spinaux aux nerfs de la vessie.

Y a-t-il, en effet, grand intérêt à savoir le véritable point de l'affection ? Il doit être souvent difficile d'établir si l'état morbide de la moelle épinière garde sa relation de cause ou d'effet vis-à-vis des maladies des organes intérieurs.

Il est certain que nous voyons souvent la paralysie de la vessie sans paraplégie, et que, souvent aussi, l'abolition de la motilité et de la sensibilité des membres inférieurs est complétement indépendante de l'incontinence ou de la rétention d'urine par suite de paralysie. — Une altération particulière des reins serait-elle donc le lien qui associe ces deux modes d'affection ?

Quoi qu'il en soit, on voit dans tous ces faits la connexion réciproque entre les reins et la moelle épinière.

Maintenant, pouvons-nous établir qu'il y ait de l'analogie entre les faits qu'a publiés M. Stanley et ceux que je viens de rapporter. Il nous le semble. Ainsi, la paraplégie, la rétention d'urine, l'altération de cette sécrétion, la purulence, tous les phénomènes principaux, se ressemblent parfaitement. Les deux faits que je fais connaître n'en diffèrent que par l'issue de la maladie. Ici, on peut faire remarquer que le sujet de la 1re observation a été moins gravement atteint, et que le résultat alors devait être moins grave. Il semble, dans ce cas aussi, que la paralysie du réservoir urinaire a été la maladie première ; la paraplégie n'est venue qu'après. Quant au malade de la 2e observation, il nous paraît avoir présenté les plus graves symptômes et les plus identiques à ceux des malades de M. Stanley. Nous avons observé seulement en plus, comme trouble de l'innervation, la prompte formation d'une escharre, et puis cette alternative de constipation et de diarrhée, qui se seraient montrées peut-être chez ses malades, s'ils eussent subsisté plus longtemps.

Dans ce dernier cas, l'affection paralytique des membres et de la vessie a été comme simultanée ; mais les reins ont réellement joué un rôle : l'altération de l'urine, le pus qu'elle contenait, en sont la preuve.

Le malade, comme celui du 3e fait de M. Stanley, éprouva des douleurs dans les flancs, de la vessie vers les reins. Ainsi se marquerait le trait d'union qui lie l'affection de la moelle aux organes reinaux, que cette affection commence par l'un ou l'autre de ces organes.

Au reste, mes observations prouvent qu'on ne devrait pas toujours porter un pronostic aussi désespéré que le pensait ce médecin, et peut-être qu'en traitant ces affections comme je l'ai fait, on obtiendrait des résultats plus avantageux.

Dans tous les cas, ces faits me paraissent offrir quelque intérêt : c'est pourquoi je les publie.

X. Médecine légale et Police médicale.

MÉDECINE LÉGALE.

20. *Mémoire sur l'infanticide par l'immersion de l'enfant dans des matières pulvérulentes*; présenté à la Société de médecine de Bordeaux par le docteur ADRIEN BÉRENGUIER, médecin de l'Hôpital de Rabastens (Tarn), pour obtenir le titre de membre correspondant.

(Journal de médecine de Bordeaux, avril 1851.)

Il est peu de sujets, en médecine légale, qui offrent autant de problèmes divers que l'infanticide. A chaque crime nouveau, ce sont des circonstances nouvelles ou des manœuvres jusqu'alors inusitées. Les conditions du fait se diversifient à l'infini, et font surgir, pour l'expert obligé de les interpréter, les questions les plus délicates et les plus ardues. — Voici un infanticide commis par des moyens dont il n'est pas fait mention dans nos ouvrages classiques de médecine légale, et qui, pour ce motif, m'a paru offrir assez d'intérêt pour être publié:

Le 19 décembre 1850, Martiane Combres a été condamnée à cinq ans de travaux forcés par la Cour d'Assises du Tarn, pour le fait suivant: « Vers la fin de l'été dernier, dit l'acte d'accusation, cette femme, âgée de vingt-neuf ans et veuve depuis quatre ans, comprit qu'elle était enceinte; elle cacha sa grossesse à tout le monde, même à sa mère et à sa famille, et le 9 octobre, elle accoucha seule, dans sa chambre, d'un enfant du sexe masculin... Pour s'en débarrasser, elle l'étrangla ou essaya de l'étrangler, et elle s'empressa de l'enfouir dans un grand *pot à graisse* rempli de cendres. »

L'enfant était-il vivant au moment où il a été déposé sous les cendres? Cette question dominait toutes les autres pour l'instruction de l'affaire, et ce n'est pas sans embarras et sans hésitation que je me décidai à répondre affirmativement.

Appelé au moment de la découverte du crime, je fournis le rapport suivant:

L'an mil huit cent cinquante, le dix octobre, à dix heures après midi, nous soussigné, médecin de la Faculté de Paris, chirurgien de l'Hôpital de Rabastens (Tarn), demeurant audit Rabastens, sur la réquisition de M. le Juge de paix de notre canton, et après avoir prêté, devant ce magistrat, le serment de

faire notre rapport et de donner notre avis en notre honneur et conscience, nous nous sommes transporté dans la commune de Coufouleux, à l'effet d'y visiter le femme Martiane Combres, veuve Cols, que l'on supposait accouchée récemment, et de constater son état, ainsi que celui d'un fœtus qu'on annonçait devoir se trouver dans sa maison.

§ 1er. *Visite de la mère.*

Arrivés dans ladite maison, dans une chambre au rez-de-chaussée, nous avons trouvé la veuve Cols tout habillée et couchée sur son lit. Notre arrivée a semblé la tirer d'un état de sommeil ou d'assoupissement réel ou simulé.

I. La face était pâle, couverte de ces taches de rousseur, confluentes, qui sont propres aux femmes enceintes, et qui ne se dissipent que quelques jours ou quelques semaines après l'accouchement.

II. Le pouls était petit, concentré et très-fréquent : le regard exprimait à la fois l'étonnement et l'abattement.

III. Les mamelles étaient peu tuméfiées, médiocrement distendues ; en les pressant légèrement vers le mamelon, nous avons exprimé quelques gouttes d'un liquide séro-laiteux, d'une couleur jaunâtre et d'une odeur nauséeuse.

IV. Le ventre était flasque, ridé, parsemé de stries ou d'éraillures blanchâtres et très-évidentes du côté des aines. — On voyait aussi une large traînée brunâtre plus prononcée en bas qu'en haut, dirigée sur la ligne médiane, depuis le pubis jusqu'à l'ombilic.

V. En appliquant une main sur l'hypogastre, on trouvait une tumeur ovoïde qui débordait un peu au-dessus des os pubis.

VI. Les parties génitales externes étaient médiocrement tuméfiées ; la vulve était un peu béante ; il s'en écoulait un sang rouge et non fétide. La fourchette était flexible, dépressible et non déchirée. L'orifice du col largement ouvert ; deux doigts y pénétraient facilement et trouvaient les lèvres du col courtes, flasques, molles, pendantes, épaisses, gonflées et comme tuméfiées.

VII. Ajoutons que cette femme avait eu d'autres enfants, que le bassin était ample, bien conformé et disposé pour un accouchement facile.

Conclusion. — D'après ces différentes observations, nous affirmons : 1° que la veuve Cols est accouchée depuis 24 heures au plus, ce qui est constaté par l'état extérieur des mamelles et

par celui du ventre, par la nature de l'écoulement sanguin et par l'examen des parties génitales externes ou internes. (*Voyez* art. III, IV, V et VI.)

2° Qu'aucune maladie autre que l'accouchement ne peut produire cet ensemble, cette série de circonstances que nous avons observées.

3° Que l'accouchement à dû être prompt et facile. (*Voyez* art. VII.)

§ II. *Examen du fœtus.*

Après avoir examiné la femme Cols, il nous a été présenté le cadavre d'un enfant du sexe masculin, que M. le Juge de paix et moi avons trouvé recouvert de cendres dans un *pot à graisse*, et que nous avons rencontré, sur les indications données par l'accusée, dans une petite chambre contiguë. Le placenta fut retrouvé plus tard ailleurs.

Ce fœtus a été immédiatement transporté à la Mairie de Rabastens, dans le prétoire de M. le Juge de paix.

Là, après l'avoir lavé à plusieurs reprises, pour le débarrasser des cendres dont il était enduit, et en évitant d'immerger la bouche dans l'eau, nous avons remarqué :

I. Que cet enfant, gros, gras, bien conformé, sans fétidité, ni aucun signe de putréfaction, présentait un rapport parfait de volume entre les membres inférieurs et les membres supérieurs.

II. Il a pesé 2 kilogrammes 525 grammes. — Sa longueur totale était de 48 centimètres; 26 du vertex jusqu'à l'ombilic, et 24 de l'ombilic jusqu'à la plante des pieds.

III. Les membres supérieurs sont flexibles et pâles, les inférieurs sont raides et présentent quelques marbrures violacées vers la face interne des cuisses.

IV. Le thorax présente une voussure bien prononcée ; il est très-sonore à la percussion.

V. Les parties sexuelles ont acquis un complet développement. — Les deux testicules se trouvent dans le scrotum.

VI. La peau est partout dense, blanche et parfaitement organisée; les ongles sont bien conformés aux pieds et aux mains. — Sur la tête, on voit des cheveux très-rapprochés les uns des autres, noirs et longs d'un centimètre et demi.

VIII. Il existe à l'ombilic une très-courte portion de cordon ombilical dont la longueur n'égale pas tout à fait deux centimètres. — Sa section nette et rectiligne démontre qu'il a été coupé avec un instrument tranchant tel que des ciseaux, par exemple. — Je n'y ai trouvé aucune trace de ligature.

VIII. La face et tout le cuir chevelu, principalement du côté gauche, sont violacés. — Aucune tumeur, aucune lésion apparente à l'extérieur ne sont visibles de ce côté.

IX. Le cuir chevelu enlevé, les os du crâne se présentent durs à la pression. — Ils sont violacés, surtout à gauche : cette couleur, fortement prononcée à l'extérieur, ne comprend pas toute l'épaisseur de l'os et ne se retrouve pas à sa face intérieure, elle semble n'exister que dans le péricrâne. — Nulle trace de fracture, ni à la voûte, ni à la base du crâne. — La fontanelle antérieure n'est pas des plus larges : la postérieure est excessivement petite.

X. La substance du cerveau paraît saine, mais un peu plus pâle qu'elle ne l'est ordinairement chez les nouveaux nés.

XI. Toute la partie antérieure du cou, depuis le pli du menton jusqu'au sternum, et sur une surface ayant la forme d'un trapèze dont le grand côté serait tourné en bas, est très-rouge, éraillée, comme raclée avec un instrument tranchant ; la peau, comme dénudée de son épiderme, offre une couleur d'un rouge *vermillon* et rayée comme si elle eût été écorchée avec les ongles ; — cependant, en l'incisant, on ne trouve aucune lésion sous-jacente : — disséqués avec soin, la couche graisseuse sous-cutanée, les muscles, la glande thyroïde ne présentent aucune trace d'ecchymose ; je n'y trouve pas la moindre gouttelette de sang épanché. — Le larynx et la trachée-artère ne présentent aucune fracture ; leur membrane muqueuse, légèrement rosée, est tout à fait normale quand à sa texture et à sa couleur.

XII. La bouche, le palais, la langue, les fosses nasales, l'isthme du gosier, le pharynx et jusqu'à l'entrée de la glotte, sont tapissés de cendres ; on en trouve au commencement de l'œsophage.

XIII. Procédant ensuite à l'ouverture de la poitrine, nous avons remarqué que, sous le bistouri, les muscles se présentaient rouges, avec une belle couleur de chair ; une gouttelette de sang noir s'écoule de chaque veinule divisée par le tranchant de l'instrument.

XIV. Dans le thorax, nous avons trouvé tous les organes bien conformés. — Les poumons semblent recouvrir tout le péricarde ; ils sont rosés, doux au toucher. — Nous les avons retirés de la poitrine avec le cœur et le thymus ; après avoir lié la trachée-artère et les gros vaisseaux, nous les avons placés dans un grand vase d'eau de rivière mise à 16 +° R., et ils ont surnagé. Enfoncés au fond du vase, ces trois organes remontaient promptement à la surface du liquide. Le résultat a été le même avec de

l'eau de fontaine à 12+° R.; coupés à petits morceaux, ces poumons crépitaient sous le bistouri; chaque morceau, pressé entre les doigts sous l'eau, remontait promptement à la surface du liquide.

XV. Après avoir été séparé du cœur et du thymus, le poumon pesé isolément a donné en poids 47 grammes, par rapport au poids total du corps : : 1 : 55.

XVI. Le cœur et les gros vaisseaux contenaient du sang noir, mais non pas en quantité considérable ; sur la cloison inter-oriculaire, on voit une sorte d'hyatus transversal, dans lequel on peut faire pénétrer un stylet : c'est le trou de Botal non encore oblitéré.

XVII. Ce n'est qu'avec difficulté qu'un stylet très-délié a pénétré dans l'orifice de la veine et des artères du cordon ombilical.

XVIII. Tous les viscères contenus dans l'abdomen ne présentaient aucune altération morbide, ni aucun vice de conformation. Le foie, d'un rouge brun et parfaitement sain, a pesé 119 gram.; la vessie était vide; le gros intestin était farci de mœconium vert foncé et très-visqueux.

Conclusions.—Ces faits énoncés en ce paragraphe, il demeure établi pour nous :

1° Que l'enfant est né à terme, viable et bien constitué, ce qui est démontré par la solidité des os et par la proportion respective du volume de tous les organes. (*Voyez* les art. I, II, IV, V, VI et XVIII.)

2° Qu'il a dû naître par la tête ainsi que le démontre la couleur violacée du cuir chevelu et du péricrâne, ainsi que l'absence d'aucune trace qui indique qu'il soit venu par les pieds, ou par les genoux ou par le siége. (*Voyez* VIII et IX.)

3° Qu'il est né vivant et qu'il a respiré à pleins poumons pendant quelques instants et peut-être pendant quelques heures, ce qui est démontré par la légèreté spécifique des poumons (*Voyez* art. IV, XIV et XV.)

4° Qu'il est mort peu de temps après sa naissance, ce qui est indiqué par la présence du mœconium encore contenu dans le gros intestin et par l'état des vaisseaux du cordon ombilical. (*Voyez* art. XVII et XVIII.)

5° Que sa mort ne peut remonter au delà de 24 heures, puisqu'il n'y a aucune trace de putréfaction. (*Voyez* art. I.)

6° Que bien qu'on ait aperçu des traces de strangulation à la partie antérieure du cou, et que bien qu'on ait trouvé des cendres jusqu'à l'entrée de la glotte, la mort n'a pas été produite par

suffocation ou par asphyxie, parce que les organes respiratoires ne nous ont offert aucune espèce d'altération. (*Voyez* art. XI, XII et XIV.)

7° Que la mort ne peut être attribuée à une hémorrhagie par le cordon, puisque le cadavre et les viscères du fœtus n'ont pas présenté un état exangue. (*Voyez* art. XIII.) Et cependant, le peu de coloration de la pulpe cérébrale et la quantité peu considérable de sang qui s'est trouvée dans les cavités du cœur et dans les gros vaisseaux, pourraient faire admettre que la perte de sang par le défaut de ligature du cordon a dû être très-forte et a pu affaiblir considérablement le nouveau-né. (*Voyez* X et XVI.)

En conséquence, nous inclinons à penser qu'il peut y avoir eu tentative de strangulation ; que l'hémorrhagie par le cordon a pu compromettre la vie de l'enfant ; mais qu'il respirait encore lorsqu'il a été déposé dans le vase rempli de cendres, et que sa mort est le résultat de ces trois causes réunies.

Telle fut la conséquence de ce fait, dont les éléments complexes et plus ou moins vagues ne permettent pas de déterminer rigoureusement quelle avait été la cause de la mort de l'enfant.

Ce n'est pas tout que de pouvoir dire aux magistrats que l'enfant est venu au monde viable et vivant : l'expert est encore tenu de faire connaître à quel genre de mort il a succombé. Dans l'espèce, le nouveau-né n'avait pas perdu du sang par le cordon en assez grande quantité pour que l'anémie fut complète ; l'examen attentif du corps de délit ne permettait pas d'admettre cette supposition ; d'ailleurs, les accoucheurs ont écrit que l'omission de la ligature du cordon n'est pas toujours suivie d'une hémorrhagie mortelle. — Des éraillures, des excoriations observées à la partie antérieure du cou, et évidemment produites pendant la vie, portaient à penser qu'il y avait eu strangulation; mais l'état des organes sous-jacents, l'absence de la matière spumeuse dans la trachée, la coloration des poumons, n'autorisent pas à s'arrêter à cette pensée. — L'enfant a été retiré d'un vase rempli de cendres : c'est donc là qu'il a dû mourir, suffoqué par les mollécules pulvérulentes. Il faut donc s'arrêter à cette supposition, parce que les cendres sont descendues très-bas dans l'œsophage et se sont arrêtées d'une manière nette au pourtour de l'entrée de la glotte, ce qui démontre, que leur introduction a eu lieu pendant la vie, et que l'épiglotte, en s'appliquant énergiquement sur la glotte, en a empêché l'entrée dans les voies aériennes. Si elles y avaient pénétré, ce n'eût été qu'après la

mort, à la faveur de la béance de tous les organes, et avec le secours de quelques secousses qui auraient pu avoir été imprimées au vase rempli de cendres.

Cet enfant a donc été déposé vivant dans un *pot à graisse*, où il a été couvert ensuite par des matières pulvérulentes. Cela s'est passé ainsi, parce que la science le démontre et parce que les aveux de la mère, après sa condamnation, n'ont plus laissé de doute à cet égard.

Trois autres questions, sur lesquelles la science ne fournit encore aucun renseignement, se sont présentées à l'expert, et ce Mémoire a pour but d'en donner la solution.

1° Dans un milieu formé par des matières pulvérulentes, la mort est-elle instantanée, ou bien la vie peut-elle s'y prolonger quelque temps?

2° Dans ces circonstances, les poussières, telles que des cendres, de la farine, du plâtre moulu, etc., pénètrent-elles dans les voies respiratoires, jusqu'à quelle profondeur s'engagent-elles dans les organes de la respiration?

3° Quels sont les caractères anatomiques que peuvent présenter les poumons d'un nouveau-né ainsi étouffé dans des matières pulvérulentes?

Ces questions ne peuvent être résolues que par la voie expérimentale.

Peu de sciences peuvent mieux que la médecine légale s'éclairer par les expériences sur les animaux vivants. Toutes les recherches si importantes de nos médecins légistes témoignent de ce fait, et tous leurs travaux sont basés sur le principe expérimental. Le chapitre de l'infanticide surtout présente une foule de questions qui ne peuvent être résolues qu'expérimentalement.

Ce crime a été étudié sous toutes ses faces : une page de la médecine légale de M. Devergie est consacrée à l'énumération de tous les moyens imaginés par les mères dénaturées qui ont cherché à donner la mort à leur enfant. Il n'en est pas une qui ait pensé à l'étouffer dans les cendres. Dans les annales de la médecine légale française, c'est un fait nouveau, et dès lors les questions que ce moyen d'infanticide peut soulever de la part des jurés et des avocats, sont imprévues et méritent que l'expert recherche tous les faits qui peuvent le mettre à même de produire des réponses nettes et catégoriques. Une courte note insérée dans le trentième volume des *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, nous apprend qu'à Anvers le docteur Matthyssen avait expérimenté sur des lapins et sur des petits chats

la manière dont périssaient ces animaux lorsqu'ils étaient enfouis dans les cendres; mais cette note est tellement succincte et tellement incomplète, qu'elle laisse toutes les questions non résolues et qu'elle n'a pu m'être d'aucun secours.

Pour résoudre les trois questions que je m'étais posées, j'ai commencé par enfouir dans les cendres quatre chiens *bergers*, trois heures après leur naissance. — Ils ont vécu quinze heures dans ce milieu, et à l'autopsie, leurs poumons m'ont paru un peu plus rouges peut-être qu'ils ne le sont à l'état normal. — Les cendres avaient pénétré jusqu'à mi-œsophage ; les fosses nasales et le pharynx en étaient farcis. Il ne s'en est pas glissé un atome dans la trachée-aérienne ; elles s'étaient arrêtées d'une manière nette et brusque tout autour de l'entrée de la glotte.

Avant de passer à d'autres expériences, j'ai pris des chiens naissants de forte espèce, et je les ai laissé mourir à l'air libre, tandis que d'autres étaient noyés dans une marre d'eau. Chez les premiers, le poumon s'était présenté légèrement rosé, presque blanc; chez les seconds, il a offert une coloration d'un rouge brunâtre excessivement prononcée. Pour les chiens qui avaient été étouffés dans les cendres, c'était une nuance intermédiaire. Le parenchyme pulmonaire, sans être d'un rouge brun comme chez les sujets asphyxiés, était assez rouge pour témoigner que, durant la vie, la respiration avait dû être difficile et pénible ; cependant, je n'ai pas rencontré de la matière spumeuse dans les grosses bronches.

Des essais comparatifs ont été faits ensuite avec d'autres substances réduites en poussière, telles que du plâtre et de la farine de froment.

Les cendres ont toujours pénétré plus avant dans le conduit œsophagien que les autres matières pulvérulentes. Le plâtre et les farines forment pâte avec les mucosités de la bouche et du pharynx, et ils adhèrent aux parois de ces cavités sans que les mouvements de déglutition puissent les faire engager dans les voies digestives, et les conduire jusque dans l'estomac.

Dans la fécule de froment, les animaux ont vécu quelques heures de moins que dans les autres matières pulvérulantes; elle paraît s'agglutiner sur l'épiglotte et en gêner les mouvements; cependant, les petits chiens étouffés dans la farine de blé, n'ont pas présenté à l'autopsie un parenchyme pulmonaire plus foncé en couleur que celui de ceux qui étaient morts dans les cendres ou dans le plâtre.

En résumé, nos expériences nous ont appris que :

1° La mort n'est pas instantanée pour les êtres vivants déposés

dans des matières pulvérulentes; l'air interposé entre les molécules de ces poussières est suffisant pour qu'ils ne périssent pas par asphyxie.

2° Chez les animaux enfouis vivants dans des matières pulvérulentes, celles-ci, retenues par l'épiglotte, qui s'applique convulsivement sur la glotte, ne pénètrent pas dans le larynx ; — elles remplissent les fosses nasales et le pharynx, et s'engagent rarement dans l'œsophage. — Je ne les ai jamais retrouvées dans l'estomac.

3° Les poumons des animaux qui ont succombé dans des matières pulvérulentes, présentent, dans les nuances en rouge, une coloration intermédiaire entre celle qui est propre aux poumons des animaux morts à l'air libre, et celle de ceux qui ont été asphyxiés.

XII. Généralités.

21. *De la gastro-entérite varioleuse* (*variolæ sine variolis*) *avant et depuis la découverte de la vaccine* ; par M. le docteur A. Bayard.

(L'Union médicale, N° 35 ; 25 mars 1851.)

La marche naturelle de la variole a été renversée par la vaccine. L'exception est devenue règle, et la règle exception. (Prop. IXe.)

Deux mots au lecteur.

En publiant aujourd'hui cette étude sur la *gastro-entérite varioleuse* après l'avoir soumise au jugement de l'Académie des sciences, ainsi qu'à celui de l'Académie de médecine, j'ai compris que, pour ne pas mettre le lecteur dans la nécessité de recourir à la *Gazette médicale de Paris*, pour l'exposition des faits qui forment la base de ce travail, il était convenable de lui présenter en même temps les trois propositions *capitales*, posées et démontrées par M. Hector Carnot, avec la concision et la clarté qui distinguent les mémoires par lui soumis à l'Institut.

J'ai donc demandé à l'auteur la permission de lui faire cet emprunt pour compléter ainsi ma publication. Non seulement il a consenti à me l'accorder, mais il a de plus rectifié ces démonstrations, afin de les rendre d'une intelligence plus facile, « m'étant

aperçu, dit-il, que plusieurs médecins ne les avaient qu'imparfaitement comprises. »

M. Hector Carnot m'a d'ailleurs autorisé à dire qu'il approuvait en son entier le *commentaire médical* de cette phrase extraite de son ouvrage :

« La mort, sous des noms inconnus du XVIIIe siècle, prélève « aujourd'hui sur la jeunesse le tribut que la petite-vérole im- « posait autrefois à l'enfance. » (*Essai de mortalité comparée.*)

A. BAYARD.

Cirey (Haute-Marne), 5 mars 1851.

Proposition première.

De 1800 à 1845, en moins d'un demi-siècle, la mortalité a doublé dans les rangs de la population de 20 à 30 ans.

Démonstration.

Déparcieux, membre de l'Académie des sciences au XVIIIe siècle, travaillant d'après les résultats de deux tontines qui fonctionnaient depuis très-longtemps, établit, en 1746, la loi de la mortalité en France. (*Annuaire des longitudes.*)

Sur 814 jeunes gens de 20 ans, il compta une mortalité *annuelle* de 8 individus entre 20 et 30 ans, soit *un pour cent* environ.

Or, à cette époque, en France comme en Allemagne, le nombre des individus qui parviennent à leur vingt-unième année, était *moitié* environ du nombre *correspondant* des naissances. Sur 1,000 nouveau-nés, Bauman, en Prusse, compte dans les premières années 493 décès.

Sussmilch, en Allemagne. . . .	505 décès.
Duvillard, en France.	498 id.

Ce qui donne pour résultat moyen : 499.

814 jeunes gens de 20 ans répondaient donc alors à 1, 624 naissances, à peu près, et, par suite, sur 1,624 décès généraux, ont comptait, en 1746, 80 décès entre 20 et 30 ans, soit 49 pour 1,000.

Ce rapport, déduit de la table de Déparcieux, se retrouve sans variation, en l'an X (1802). Sur 904,692 décès généraux en France, le *Moniteur*, n° 109 de l'an XI, en enregistre 44, 280 entre 20 et 30 ans, soit 49 pour 1,000.

Mais il n'en est pas tout à fait de même à Paris, où la vaccine s'est introduite, à la fin de l'an VII, dans la plupart des familles aisées. En effet, sur 10,000 décès généraux dans cette ville,

Buffon en comptait 525 entre 20 et 30 ans ; et déjà le recensement de l'an X nous montre ce chiffre accru d'un cinquième.

Passons maintenant à l'époque actuelle :

En premier lieu, le *Moniteur* du 21 décembre 1848 indique, pour chiffre *officiel* de la mortalité annuelle des troupes à l'intérieur, *deux pour cent*.

C'est le double du chiffre donné par Déparcieux (XVIIIe siècle).

En second lieu, les relevés de l'état civil de Paris (*Annuaires*), réunis pour la période décennale (1840-1849), indiquent 40,022 de 20 à 30 ans, sur 298,751 décès généraux classés par âge, c'est-à-dire une mortalite moyenne de 1,340 sur, 10,000 !

C'est plus que deux fois et demi le chiffre donné par Buffon (XVIIIe siècle).

Enfin, en 1849, la mortalité, entre 20 et 30 ans, s'élève à Paris au chiffre foudroyant de 1,453 sur 10,000 (*Annuaire* de 1851).

Cette première proposition n'est donc pas contestable.

Proposition deuxième.

Les maladies du poumon n'ont pas eu de part sensible à l'accroissement continu de la mortalité de la jeunesse depuis l'année 1817.

Démonstration.

Sur un effectif de 25,000, 159 moururent, en 1838, à l'hôpital militaire du Gros-Caillou, par suite de l'une quelconque des maladies pulmonaires. Soit 636 sur 100,000. (*Statistique militaire du Gros-Caillou*, baron Michel. 1842.)

Au 1er mars 1817, la ville de Paris fut recensée, et contenait 53,601 jeunes hommes de 20 à 30 ans.

Dans cette même année, M. B. de Châteauneuf, sur les déclarations des médecins, constata 340 décès pulmonaires, soit 634 sur 100,000. (*Recherches statistiques*, 1821, imprimerie royale, tableaux 4 et 44.)

Cette deuxième proposition est donc incontestable.

Proposition troisième.

Le doublement de la mortalité de la jeunesse, depuis 1800, reconnait, pour causes immédiates principales, les affections gastro-intestinales.

Démonstration.

Sur un effectif de 25,000 hommes, 491 moururent, en 1838, à l'hôpital du Gros-Caillou. L'année fut d'ailleurs, à Paris, au-dessous de la *moyenne mortuaire*.

De ces 491 morts, 243 succombèrent par suite d'affections gastro-intestinales, fièvres typhoïdes comprises (*Statistique* du docteur Michel déjà citée).

Donc, dès l'année 1838, les affections gastro-intestinales causaient, à très-peu près, *la moitié* des décès militaires.

Or, dix ans plus tard (proposition première), le chiffre total de ces décès s'élevait à 2 pour 100 de l'effectif. La mortalité militaire, *par suite d'affections gastro-intestinales*, s'élève donc aussi maintenant à 1 pour 100! En d'autres termes, ces affections détruisent aujourd'hui, *à elles seules*, autant de jeunes gens de 20 ans que toutes les maladies *réunies* en emportaient au XVIIIe siècle.

Cette troisième proposition est donc incontestable.

En résumé, les maladies *gastro-intestinales* comptent maintenant pour *moitié* dans les décès de la jeunesse, et les maladies du *poumon* pour *un tiers*. Le sixième restant se partage entre les affections *cutanées* et cérébro-spinales, chacune pour *un quinzième*, et les maladies du cœur qui comptent pour *un trentième*.

Au XVIIIe siècle, les maladies du *poumon* comptaient, à très-peu près, pour *deux tiers* dans les décès de la jeunesse. Le tiers restant comprenait les autres maladies de toute nature.

Telle est la vérité! Les documents que je possède ne me permettent pas d'aller plus loin. J'écris une histoire et ne bâtis point un système.

Signé Hector CARNOT.

Autun, 1er mars.

Le comité central de vaccine, séant à Paris, et composé des douze sommités médicales de l'époque, s'exprimait en ces termes dans son rapport officiel, le 10 ventôse an XI (1803) :

« Ainsi, les individus vaccinés n'auraient QUE la petite vérole « *sans boutons*. Or, c'est ce précieux avantage que l'on cherche « depuis cent ans et plus. C'est ce moyen d'annuler, d'adoucir « le virus variolique, que le grand Boërhaave avait pressenti, « et que l'on aurait ainsi trouvé dans la vaccine. » (Page 239.)

L'attente du Comité n'a pas été entièrement trompée, et Jenner a résolu le problème posé par Boërhaave! A quel prix? M. H. Carnot s'est chargé de l'apprendre à la France.

Ses recherches patientes et scrupuleuses, résumées par lui-même dans une lettre insérée le 9 novembre 1850, dans la *Gazette médicale de Paris*, prouvent qu'entre 1800 et 1846, en moins d'un demi-siècle, la mortalité de la jeunesse de 20 à 30 ans *a doublé*. Elles prouvent que les maladies du poumon n'ont pas eu de part sensible à cet accroissement, tandis que les affections

gastro intestinales détruisent aujourd'hui *à elles seules*, à très-peu près, autant de jeunes gens de cet âge que *toutes les maladies réunies* en enlevaient autrefois ; c'est-à-dire 10 pour 100 annuellement.

Ce sont là des faits malheureusement incontestables. Une conclusion forcée en résulte ; c'est que *les affections gastro-intestinales se sont prodigieusement multipliées*, ou *sont devenues infiniment plus meurtrières depuis que la variole a cessé d'exercer ses ravages*.

Cette remarque n'est pas neuve : « Le temps de Broussais ne « venait pas avec lui, dit M. le docteur Le Pileur ; mais Brous- « sais venait *avec son temps*. Il réformait la médecine, obstinée « à suivre son ancienne voie ; à prescrire des traitements *utiles* « *quinze à vingt ans plus tôt*; DEVENUS ALORS INUTILES ! » (*Partia*, p. 1412, 1847.)

J'ai demandé le secret de cette *transformation* à l'un des oracles reconnus de la médecine classique, au successeur et au commentateur de Boërhaave, à STOLL !

Voici sa réponse :

« L'agent varioleux produit l'inflammation de l'estomac, ainsi « que celle des intestins (290, 301). Il se combine très-facile- « ment avec les causes morbides intercurrentes, principalement « avec les maladies *populaires*, et cette union *seule* le rend dan- « gereux (524). La fièvre qui se manifeste, six à sept jours après « l'*absorption* du virus, constitue *seule* la variole, à tel point « qu'elle en garantit pour l'avenir, soit qu'il y ait, *soit qu'il n'y* « *ait pas d'éruption* (519, 522, 523). Elle est très-difficile à dis- « tinguer de toute autre fièvre aiguë (521). Cependant elle « donne à l'haleine une odeur toute particulière (520). La dis- « tinction est importante à faire toutefois, pour le traitement « à suivre (525). Plus la peau est souple, plus le sujet est jeune, « plus l'éruption sort aisément, moins la maladie offre de dan- « gers (515). »

J'ai interrogé, à l'égard de la petite vérole *sans boutons*, le *Traité de l'inoculation*, par Dezotières et Valentin, approuvé le 29 floréal an VII, par l'École de médecine de Paris, et j'y ai remarqué ce passage essentiel (p. 294 et suivantes) :

« Quelquefois, les malades ont la fièvre et les symptômes va- « rioleux ; mais à la fin de cette période *il ne se fait point d'érup-* « *tion*. Cependant la maladie doit être jugée comme *une véri-* « *table variole*. Cela est si vrai, que si on inocule plusieurs fois « et avec du pus frais, le sujet qui s'est trouvé dans cette cir-

« constance, on ne peut réussir à lui communiquer une maladie « pour laquelle il n'a plus d'aptitude. »

« Sydenham, Mead, Loop, Boërhaave, Vanswieten ont pro- « noncé *formellement* sur cet objet. Boërhaave a vu très-souvent « cette maladie qu'il a nommée *variolæ sinè variolis.* Boyer sou- « tint, en 1717, une thèse où il est dit (p. 19) : « *Iis morbus* « *atque pustularum eruptione non rari desinit.* » En 1730, la « communauté des dames de Saint-Cyr fut affligée d'une épi- « démie varioleuse, et sur 250 qui furent atteintes, il y en eut « *plusieurs* sur lesquelles *aucune éruption* ne vint accompagner « les symptômes les plus caractéristiques de cette maladie. Beau- « coup de particiens ont fait les mêmes observations. »

« La pratique de *l'inoculation* nous a fourni quelques exemples « analogues *chez des adultes ou des jeunes gens* qui, après trois « jours de fièvre, ont eu une transpiration abondante, d'une « *odeur vireuse.* Leur haleine exhalait aussi l'odeur *particulière* « à la variole. »

Enfin dans le rapport du comité central de vaccine, déjà cité, on lit (page 257) : « Une observation *plus frappante* semble ne plus « devoir *laisser de doutes* sur cet objet. Trois enfants *vaccinés* « *depuis dix mois* avaient cohabité avec trois autres qui avaient « la petite vérole, et couché dans le même lit. *Tous les trois* « *prirent la fièvre*, le plus jeune avec vomissements et sueurs « abondantes. *Sur aucun il ne parut le plus léger bouton.* »

Broussais a dit : « C'est par une gastro-entérite aiguë, pre- mier effet de l'agent contagieux, que *débute* la variole. » (Propo- sition 142.) M. le docteur Boisseau a écrit dans sa pyrétologie : « La fièvre *qui précède* la variole est toujours due à la gastro- « entérite. » (Page 609, 2e édit.) Ce n'est là, comme on le voit, qu'une traduction *libre* des aphorismes de Stoll, professés par Corvisart au collége de France en 1797. M. le docteur Lesage, ardent antagoniste de Broussais, affirme qu'il n'en est pas *toujours* ainsi chez les enfants, mais passe à peu près condam- nation *pour les adultes.* Je me crois donc en droit, sans être accusé d'être un novateur systématique et irréfléchi, de regarder cette proposition comme acquise à la science médicale, surtout en lui donnant cette forme moins absolue :

Le premier effet de l'agent varioleux est, EN GÉNÉRAL, *de pro- duire* PARTICULIÈREMENT CHEZ LES ADULTES *une inflammation gastro-intestinale*, SUI GENERIS.

L'âge différent des sujets, suffit d'ailleurs pour expliquer cette restriction.

L'enfant très-jeune, dont la peau est moite et poreuse, con-

tracte *souvent* la variole par le *simple contact* : l'adulte *très-rarement !* L'inoculation n'atteint celui-ci que par incision ou par piqûre. Cependant il absorbe *naturellement* la variole, mais par les muqueuses et par les virus *ambiants*. Le savant et laborieux historien des maladies contagieuses, Ozanam, renouvelle à plusieurs reprises cette observation capitale.

L'enfant a donc généralement *deux* voies d'absorption, et l'adulte *une seule !* De là, doit quelquefois naître une différence *au début* de la maladie.

Les médecins militaires ont beaucoup d'occasions d'étudier les maladies de la jeunesse. Voici comment s'exprime à ce sujet M. le docteur Bégin (*Physiologie pathologique*, page 245) :

« Dans certains cas, l'inflammation des *organes digestifs* est « tellement violente que l'éruption ne s'opère que difficilement, « ou que, même, *elle est entièrement empêchée*. Alors la fièvre « persiste, et *la gastro-entérite continue* ses progrès. »

Je termine par cette citation remarquable, et, me fondant sur l'autorité des maîtres, sans l'assouplir, sans me permettre aucune hypothèse, je soumets au jugement impartial des médecins les 12 propositions suivantes, en leur disant avec Horace :

. . . . . Si quid novisti rectiùs istis,
Candidus imperti, si non, his utere mecum.

Propositions.

Ire. — La variole *isolée* est constamment bénigne. La pratique de l'inoculation le prouve.

IIe. — La malignité de la variole résulte de la combinaison de l'agent varioleux avec les causes morbides intercurrentes, particulièrement avec le *typhus* qui, comme le dit Ozanam, est la plus commune des endémies.

IIIe. — Cette combinaison a lieu à une époque *indéterminée* de la maladie. Le danger est d'autant plus grand qu'elle est plus ancienne et quelle a exercé plus longtemps son action délétère sur l'organisme. De là les varioles bénignes, discrètes, semi-confluentes, confluentes, malignes, etc. De là vient que la variole la plus discrète à son origine, devient confluente et mortelle, au moment où le médecin s'y attend le moins.

IVe. Le premier effet de l'agent varioleux est, en général, de produire, *particulièrement chez les adultes*, une inflammation *gastro-intestinale*, SUI GENERIS.

V^e^. — Cette gastro-entérite *varioleuse* est caractérisée six à sept jours après l'absorption du virus, par une fièvre aiguë qui,

avec ou sans éruption, constitue *seule* la variole, et en garantit pour l'avenir.

VI°. — Cette fièvre, *lorsqu'elle n'est pas accompagnée d'une éruption apparente*, ne se distingue que par des nuances très-délicates, particulièrement par une *odeur spécifique*, d'autres gastro-entérites aiguës avec lesquelles il est facile et dangereux de la confondre. Le traitement, utile dans plusieurs de ces inflammations, peut être *meurtrier* dans la première.

VII°. — Plus la variole se déclare dans un âge avancé, plus aussi elle offre de dangers, soit qu'elle présente, ou non, une éruption cutanée.

VIII°. — La vaccine empêche généralement l'explosion de la variole dans l'enfance, mais elle ne détruit que pour un temps très-limité la faculté qu'ont les tissus d'absorber le germe inconnu de ce contage, qui se développe ensuite dans l'âge adulte, même après une seconde vaccination. L'expérience le prouve.

IX° — La marche naturelle de la variole a été renversée par la vaccine. L'exception est devenue règle, et la règle exception. Ainsi :

1° La variole *naturelle* attaque les enfants et rarement les adultes. — C'est le contraire pour les vaccinés (1) ;

(1) Décès, par suite de la petite vérole, avec distinction d'âge. — Duvillard, 1806, page 126.

De la naissance à 1 an. . . .	219
De 1 an à 2 ans.	276
De 2 ans à 3 ans.	173
De 3 ans à 4 ans.	98
De 4 ans à 5 ans.	56
Total de la naissance à 5 ans. .	822
De 5 ans à 10 ans.	86
De 10 ans à 15 ans.	31
De 15 ans à 20 ans.	24
Total de la naissance à 20 ans. .	963
De 20 ans à 45 ans.	37
Sur un total général de *mille* décès.	1000

Le nombre proportionnel des décès, par suite de petite vérole, distingués suivant l'âge des morts, était donc de 37 pour mille, *au-dessus* de l'âge de 20 ans, *dans le cours du siècle passé*.

Ce rapport a bien changé, depuis cette époque !.... Pour les trois années 1847, 48 et 49, l'*Annuaire des longitudes* a enregistré, en totalité, 1032 décès par

2° La variole *naturelle* est généralement *externe*, rarement *interne*. — C'est le contraire pour les vaccinés ;

3° La variole *naturelle interne* est généralement bénigne. — C'est le contraire pour les vaccinés.

X^e^. — La variole *interne des vaccinés* présente d'ailleurs la même série de degrés divers que la *variole naturelle*, ET POUR LES MÊMES CAUSES (prop. 3). Elles peut être bénigne, discrète, semi-confluente, maligne, etc., et a reçu les noms de gastro-entérite, d'entérite aiguë, d'entérite sur-aiguë, de dothinentérite, d'entérite typhoïde, etc., selon ses symptômes, et d'après les systèmes de l'école médicale.

XIe. — La variole confluente et la fièvre typhoïde ne sont, en réalité, qu'une seule et même maladie, tantôt *externe* (1), tantôt *interne* (2), produite par la combinaison de la variole et du typhus.

XIIe. — L'inoculation du virus varioleux préserve le sujet inoculé des complications, souvent mortelles, qui résultent de la combinaison de la variole avec les maladies intercurrentes (3).

Tel est le commentaire de cette phrase qui, en 1848, à son apparition, souleva l'incrédulité des Académies, et dont tout le monde a pu reconnaître depuis la rigoureuse exactitude! « La mort, sous des noms inconnus au XVIIIe siècle, prélève aujourd'hui sur la jeunesse le tribut que la petite vérole imposait autrefois à l'enfance. » (H. Carnot, *Essai de mortalité comparée.*)

La statistique a rempli son devoir jusqu'au bout. C'est maintenant à la médecine à ne pas négliger le sien. *Salas populi suprema lex.*

suite de petite-vérole, dont 509 *au-dessus* de l'âge de 20 ans : — soit 493 pour mille, — 14 FOIS PLUS!....

(1) Il est des épidémies de petite vérole, *bénignes* pour tous les sujets indifféremment, et des épidémies également *malignes* pour tous. Dans ce dernier cas, la petite vérole se rapporte au typhus contagieux. (Fodéré, *Médecine légale*, 1813, tome V, page 458.)

(2) Dans l'examen de ces deux maladies (variole confluente et fièvre typhoïde), on trouve, abstraction faite de l'éruption propre à chacune d'elles, une *similitude parfaite* dans la fièvre secondaire qui les constitue. (Dr Serres, premier mémoire, § 17, 1847.)

(3) « Avec tous ces avantages, dit le Comité central lui-même, la vaccine « ne peut obtenir la préférence sur l'inoculation variolique ordinaire, à moins « qu'en même temps elle ne préserve d'une manière *aussi sûre et aussi durable.* » (Rapport, page 103.)

SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE NATIONALE DES SCIENCES DE PARIS.

SÉANCE DU 5 MAI. — PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

Présence de l'iode dans l'air et absorption de ce corps dans l'acte de la respiration.

M. Chatin lit un mémoire sur la présence de l'iode dans l'air et sur l'absorption de ce corps dans l'acte de la respiration.

La disposition lente, mais constante de l'iode naturellement contenu dans la plupart des eaux, quand on abandonne celles-ci à l'évaporation spontanée ; sa volatilisation subite si l'eau est chauffée, et sa présence dans les produits de la distillation ; son élimination des eaux dures, si rapide que c'est rarement qu'on parvient à l'y découvrir, même quand celles-ci sourdent de terrains très-iodurés ; les résultats, quoique bien incomplets encore, obtenus en opérant sur l'eau de pluie, sont autant de circonstances qui ont conduit M. Chatin à penser que l'iode devait exister dans l'atmosphère.

M. Chatin élavue à 1/45 de milligramme la proportion d'iode répandue dans les 4,000 litres d'air qu'un homme fait passer en douze heures par ses poumons. C'est une quantité d'iode égale à celle que renferme un litre d'eau potable médiocrement iodurée. Après avoir cherché ce que devient l'iode de l'air respiré, quelle est son origine dans l'atmosphère, et dans quel état il s'y trouve, l'auteur résume son mémoire par les conclusions suivantes :

L'iode existe dans l'air.

La proportion d'iode qui entre dans le volume (8,000 litres) d'air respiré en un jour par un homme est sensiblement égale, à Paris, à celle contenue dans une ration (2 litres) d'eau douce médiocrement iodurée.

L'iode est fixé par l'homme dans l'acte de la respiration.

Les gaz expirés ne renferment plus que la cinquième partie environ de l'iode contenu dans l'air inspiré.

L'air des lieux mal aérés et surhabités est en partie privé de son iode.

Les eaux pluviales sont beaucoup plus riches en iode que les autres eaux douces.

La proportion de l'iode dans ces eaux indique approximativement l'état d'ioduration de l'air dans un pays donné, et peut ainsi servir de moyen indirect d'analyse.

La pluie est notablement plus iodurée à l'intérieur des terres que dans le voisinage des mers ; circonstance qui est en rapport avec la dispersion spontanée et complète de l'iode contenu dans les eaux douces, tandis qu'elle n'est que partielle pour l'iode des mers.

Des différences assez grandes et dont les causes n'ont pu encore être saisies existent dans la proportion d'iode que contient la pluie dans une même contrée. Il paraît être toutefois constant qu'à la suite de pluies longtemps continuées les premières eaux sont plus iodurées que les dernières.

A partir du moment de sa chute, la pluie perd de son iode, que l'on peut fixer utilement dans les citernes par l'addition d'un millionième ou même d'un demi-millionième de carbonate de potasse.

La neige est iodurée, mais moins que la pluie, dans des conditions d'ailleurs égales.

La rosée contient de l'iode.

La grande, la principale source de l'iode de l'air, ce sont les eaux qui tendent continuellement à se dépouiller en tout (eaux douces) ou en partie (mer) de celui qu'elles contiennent.

Un double courant existe continuellement dans l'atmosphère où il s'accumulerait s'il n'était périodiquement précipité par la pluie, la neige et la rosée, d'où il disparaîtrait, s'il ne s'élevait incessamment, de la surface du globe.

On ne peut admettre que tout l'iode de notre planète ait primitivement existé dans l'atmosphère, du moins depuis l'existence de son noyau solide.

On comprendrait, au contraire, que la source primitive et unique de ce corps fût le noyau central, car il est surtout abondant dans les terrains plutoniques ou ignés, et devient plus rare dans les formations sédimentaires qui auraient pour complément la masse des eaux et de l'atmosphère.

L'iode est-il dans l'air à l'état libre, à celui d'acide iodhydrique ou d'iohydrate d'ammoniaque, ou enfin forme-t-il une combinaison volatile avec quelques éléments organiques ? Des observations ultérieures sont nécessaires pour le décider.

SÉANCE DU 12 MAI. — PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

Des corps étrangers des voies aériennes.

M. Jobert (de Lamballe) lit un mémoire sur les corps étrangers des voies aériennes.

L'auteur résume son travail dans les conclusions suivantes :

1° Que les corps étrangers tendent à se loger de préférence dans le poumon droit précisément à cause de la direction de la bronche du même côté et de ses dimensions ;

2° Qu'ils pénètrent dans les voies aériennes pendant que les cordes vocales ont subi le plus grand écartement possible, lorsque, par exemple, une colonne d'air forte se précipite dans la trachée, ainsi que cela a lieu pendant les inspirations et expirations fréquentes comme dans l'action de rire ;

3° Qu'ils traversent l'ouverture supérieure du larynx sans relever l'épiglotte qui n'est jamais abaissée sur elle, ainsi qu'on l'a prétendu ;

4° Que l'épiglotte est toujours relevée en vertu de l'élasticité qui lui est propre :

5° Que ce dernier organe paraît servir principalement à diriger, en formant une sorte de gouttière, certains liquides et certains solides pendant l'acte complexe de la déglutition :

6° Que les corps étrangers parcourent rapidement les voies aériennes en raison des lois de la pesanteur, du volume, de la colonne d'air et de leur nature ;

7° Qu'ils ne sont que momentanément arrêtés dans un point de la longueur du conduit aérien ; qu'ils peuvent en conséquence se mobiliser changer de place jusqu'à ce qu'ils aient déterminé un travail inflammatoire qui leur permette de se creuser une loge dans laquelle ils séjournent ;

8° Qu'ils s'arrêtent à une division ou à une subdivision des bronches en se plaçant obliquement, et qu'ils affectent la direction du tube aérien quand ils remplissent une ouverture normale ;

9° Qu'ils gênent plus ou moins la respiration, l'oxygénation ; qu'ils déterminent de la toux souvent intermittente, quelquefois intense; qu'ils provoquent de la douleur et une sensation fixe qui indique leur siége ;

10° Qu'un bruit particulier est déterminé par leur présence ;

11° Que la sécrétion bronchique est toujours augmentée, muqueuse et même sanguinolente ;

12° Que le côté opposé au corps étranger fournit une respiration plus forte et un *murmure vésiculaire* plus étendu que dans le poumon où il séjourne ;

13° Que les corps étrangers souvent déterminent une asphyxie lente ou rapide, de l'emphysème ;

14° Que les corps étrangers qui ont plus de 4 lignes dans tous les sens ne laissent aucun espoir d'être expulsés par les seuls efforts de la nature,

attendu que les diamètres transverse et antéro-postérieur de la glotte chez l'homme ne sont nullement égaux ;

15° Qu'ils n'ont été expulsés de la trachée de l'homme que lorsqu'ils étaient petits ;

16° Que chez les chiens, au contraire, chez lesquels la glotte est de niveau avec l'ouverture supérieure du larynx, l'expulsion des corps étrangers se fait facilement en raison de la dilatabilité de cette ouverture et de ses dimensions qui sont considérables dans tous les sens ;

17° Que sur le cadavre les corps étrangers ont de la peine à franchir la glotte, lors même qu'on les pousse avec un soufflet qui fournit un volume d'air considérable ;

18° Que sur le vivant les corps étrangers ont non-seulement à vaincre cette résistance passive, mais encore celle très-active des muscles constricteurs de la glotte ;

19° Qu'il ne faut donc compter sur l'expulsion que de très-petits corps étrangers chez l'homme, et que l'on ne peut rien espérer des effets de la nature lorsqu'ils ont un certain volume ;

20° Que l'opération de la trachéotomie devient indispensable à peu près dans tous les cas d'introduction des corps étrangers, et ce n'est qu'exceptionnellement qu'on peut s'en dispenser ;

21° Que l'opération doit être faite le plus tôt possible, afin d'éviter l'inflammation, tout travail local et l'asphyxie lente ou rapide ;

22° Que l'ouverture des voies aériennes est une opération délicate qui doit être faite par une division successive de tous les tissus, et non par une incision qui comprendrait à la fois une grande partie ou la totalité des parties molles de la région, c'est le moyen de prévenir l'hémorrhagie, l'introduction de l'air dans les veines, la lésion du corps thyroïde ;

23° Que ce conduit doit être aussi largement ouvert que possible, afin que les corps étrangers puissent s'échapper facilement ;

24° Que l'on n'est certain de la division de la trachée que lorsque l'air s'en échappe en produisant un bruit particulier facile à reconnaître pour l'homme habitué à ces sortes d'opérations. Nous insistons à dessein sur ce phénomène, auquel Dupuytren n'avait pas assez attaché d'importance, puisque, au rapport de MM. Marx et Brierre de Boismont, cet habile chirurgien n'avait encore pénétré que dans cette espèce de creux qui est situé au dessus du sternum, et cependant il croyait être parvenu dans le conduit de l'air. On n'hésitera donc plus en se rappelant ce qui vient d'être dit, en attaquant la trachée dans le voisinage du larynx, endroit où elle est superficielle et facile à découvrir ;

25° Que lorsque le corps étranger ne s'échappe pas par l'ouverture au moment de l'opération, il convient d'attendre et d'exciter la sensibilité

trachéale par l'introduction d'un corps mousse, de manière à provoquer la toux et les efforts d'expulsion ;

26° Que la trachée doit être plus largement ouverte lorsqu'un corps susceptible de se gonfler par l'humidité est déjà renfermé dans ce conduit depuis quelque temps.

27. Que la réunion peut être obtenue par première ou par seconde intention ;

28° Que la réunion par seconde intention s'obtient par bourgeonnement, ce qui exige un temps toujours assez long pour obtenir une guérison complète ;

29° Que la réunion par première intention peut être obtenue par la simple compression, ou par la suture entrecoupée. Ce dernier mode semble d'autant plus militer en faveur de la réunion immédiate que les expériences faites sur les animaux m'en ont démontré la possibilité ;

30° Que la réunion immédiate peut être obtenue par la suture entrecoupée qui ne comprend que la lame dartoïde qui entoure la trachée.

31° Que l'agglutination peut être obtenue par un autre *modus faciendi*, qui consiste à traverser en partie la trachée, en laissant pendre les fils à l'extérieur ;

32° Que les fils tombent du quatrième au treizième jour :

33° Qu'un produit plastique sert de moyen d'union entre les lèvres de la plaie ;

34° Que la cicatrisation ne se fait que par un produit intermédiaire et non par la fusion directe des lèvres de la trachée ;

35° Que la suture qui comprend l'épaisseur des parois de la trachée expose à un travail inflammatoire à l'intérieur, et à l'extérieur de ce conduit à des trajets organisés et à des abcès enkystés ;

36° Que la suture qui ne s'exerce que sur l'enveloppe ou une partie de l'épaisseur de la trachée ne détermine qu'une inflammation plastique et est préférable à celle qui serre les parois cartilagineuses du conduit.

Influence de l'agitation du sang sur la proportion de la fibrine dans les recherches hématologiques.

M. Alhiet, ancien préparateur du cours d'anatomie pathologique au Val-de-Grâce, communique à l'Académie six expériences qui, par leurs résultats, viennent à l'appui de la loi formulée par M. Marchal (de Calvi), savoir : que l'agitation du sang hors des veines a pour effet de diminuer la fibrine.

L'auteur rappelle que cette loi a été contestée au nom d'expériences récemment adressées à l'Académie ; mais ces dernières expériences, fait-il remarquer, sont frappées de nullité parce que le sang tiré de la

veine a été battu au lieu d'être agité pendant dix minutes dans un flacon hermétiquement bouché, comme l'avait fait M. Marchal (de Calvi), comme l'a fait ensuite M. le docteur Corne et comme il l'a fait lui-même.

Sur la compression de l'aorte abdominale dans les hémorrhagies utérines.

M. le docteur Duhamel communique quelques faits de compression de l'aorte abdominale au niveau de l'angle sacro-vertébral, qu'il oppose à l'opération de la transfusion du sang dont on a publié plusieurs observations depuis quelque temps. Dans trois cas d'hémorrhagie utérine qu'il a eu l'occasion de rencontrer dans sa pratique, l'auteur a constaté que la compression de l'aorte, en arrêtant la perte, avait rendu la transfusion inutile.

Le premier fait est celui d'une femme de 30 ans environ, qui, après un deuxième accouchement terminé rapidement et facilement, fut immédiatement prise d'une perte de sang tellement abondante, que la vie ne tarda pas à être compromise. M. Duhamel pratiqua immédiatement la compression de l'aorte, qui eut un plein succès ; la perte fut arrêtée et la femme se rétablit assez promptement.

Dans un deuxième cas également grave et où la compression était rendu difficile à cause de la résistance des parois abdominales, elle fut maintenue pendant quatre à cinq heures. Le résultat fut heureux. La perte de sang fut arrêtée immédiatement, et la femme fut rétablie en moins de quinze jours.

Le troisième cas est relatif à une femme chez qui, depuis quinze à vingt jours, de petites hémorrhagies s'étaient manifestées à plusieurs reprises et l'avaient obligée de garder le lit et le repos le plus absolu. M. Duhamel ayant reconnu que l'hémorrhagie était produite par l'insertion anormale du placenta sur l'orifice, procéda à l'accouchement artificiel ; mais une heure après, l'hémorrhagie était revenue si abondamment, qu'en peu d'instants la malade devint exsangue. La compression de l'aorte fut pratiquée ; l'hémorrhagie fut immédiatement suspendue ; M. Duhamel crut néanmoins devoir continuer la compression pendant neuf heures de suite. Au moment où elle fut commencée, il existait un refroidissement général du corps, et la perte de sang avait été tellement abondante, que ce ne fut que vingt ou trente heures après la suspension de la perte que l'on commença à percevoir les battements des artères radiales.

— M. Geoffroy-Saint-Hilaire présente à l'Académie deux opuscules, l'un sur les monstruosités en général, l'autre sur la série animale et sur la question de l'espèce. Dans ce dernier opuscule, l'auteur résume ses

vues sur les séries dites parallèles, sur les espèces et sur la définition de celles-ci, qu'il fonde sur trois considérations principales : la possibilité de la distinction, la transmission naturelle et régulière, la stabilité et la permanence égales à celles de l'état actuel du globe.

SÉANCE DU 19 MAI. — PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

Procédé de conservation des substances alimentaires végétales.

M. Morin lit, au nom d'une commission composée de MM. Richard, Payen, Robinet, Morin (rapporteur), un rapport sur les procédés de conservation des substances alimentaires végétales de M. Masson, jardinier en chef de la Société centrale d'horticulture.

Ces procédés consistent d'abord en une dessication à une température modérée dans une étuve, prolongée pendant un temps suffisant pour enlever l'eau surabondante qui n'est pas indispensable à la constitution des végétaux, puis dans une compression énergique donnée par la presse hydraulique.

M. le rapporteur commence à rendre compte en détail des opérations et des expériences sur les appareils de chauffage et de ventilation auxquelles la commission s'est livrée, puis il expose en ces termes la relation des essais qui ont été faits par la commission de l'Académie et par diverses autres commissions.

Deux essais seulement ont été faits devant la commission : l'un sur des choux verts frisés dits *bricolis*, et l'autre sur des épinards.

820 kilog. de choux ont été épluchés en une journée, et ont donné à l'épluchage 725 kilog. de matière verte à dessécher ; on les a étendus sur 710 claies. Après 28 heures de séjour dans l'etuve, à une température de 40 à 48°, ils se sont réduits à 69 kilog. de matière sèche, ayant ainsi perdu 656 kilog. d'eau ou 87 pour 0/0 de leur poids primitif, soit les 7/8. On a consommé, dans ces 28 heures, 300 kilog. de charbon, qui n'ont ainsi vaporisé que 2 kilog. 18 d'eau par kilogramme de houille.

L'autre expérience a été faite sur des épinards. 829 kilog. d'épinards bruts ont été épluchés en un jour et se sont réduits à 639 kilog. de matière à sécher. Mis à l'étuve sur 710 claies, il se sont réduits, en 22 heures de chauffage, à 40 ou 48°, à 71 kilog. de matière sèche ; ayant ainsi perdu 568 kilog. d'eau ou 89 p. 0/0 de leur poids, soit un peu plus de 7/8,

Ainsi, dans ces deux expériences, on a enlevé aux légumes verts l'énorme proportion de 7/8 de leur poids. Le pressage à la presse hydraulique a ensuite réduit le volume de manière à rendre l'arrimage on ne peut plus facile et à amener la densité à 550 ou 600 kilog. au mètre cube.

Quant à la qualité de produits et à la conservation presque parfaite de la saveur, M. le rapporteur rappelle les rapports faits par diverses commissions de marine, et cite quelques passages d'un nouveau document authentique qui lui a été remis : c'est le rapport d'une commission formée dans le port de Cherbourg par M. le ministre de la marine pour examiner les produits préparés par les procédés de M. Masson.

Les légumes examinés par cette commission étaient des choux ordinaires, du cerfeuil, des choux de Bruxelles, du céleri, des épinards, des mélanges formant ce que l'on nomme des juliennes, des carottes et des pommes de terre.

Après avoir constaté par un examen préalable le bon état, l'apparence et l'odeur satisfaisants des produits présentés, on les a soumis à l'immersion dans l'eau chaude ; on a pris leur poids avant et après l'immersion, et l'on en a conclu la quantité d'eau absorbée. Il est résulté de ces observations qu'après l'immersion ces légumes ont repris la plus grande partie de l'eau qu'ils contenaient avant la dessiccation.

Le rapport de la commission de Cherbourg constate que ces légumes avaient aussi repris leur flexibilité, leur couleur naturelle, et que les formes étaient si bien conservées chez quelques-uns d'entre eux, et notamment dans le cerfeuil et dans les choux de Bruxelles, qu'ils offraient l'aspect de végétaux récemment cueillis. La saveur et l'odeur s'étaient aussi considérablement développées par l'hydratation.

La cuisson de tous ces légumes a exigé d'une heure un quart à une heure trois quarts, et, après les avoir fait assaisonner et déguster, la commission de Cherbourg déclare à l'unanimité que tout a été trouvé très-bon, mais que les épinards et les choux de Bruxelles ont sur tous les autres légumes une supériorité marquée et rappellent à s'y méprendre les légumes à l'état frais.

En présence de cet accord de toutes les commissions, des épreuves que plusieurs membres de l'Académie ont faites eux-mêmes, il ne saurait rester de doute, dit M. le rapporteur, sur les succès obtenus par M. Masson dans ses persévérants efforts pour la conservation des substances végétales alimentaires.

Si l'on ajoute que, quand la fabrication en grand sera convenablement organisée, les légumes ainsi préparés coûteront probablement moins cher que la choucroûte, que le transport de ces produits peu encombrants se fera à des prix assez bas pour permettre de tirer les légumes des lieux d'abondante production, on reconnaîtra sans doute que M. Masson a résolu, d'une manière aussi satisfaisante que simple et économique, la question importante de l'amélioration de l'alimentation et par conséquent de la santé de nos marins. A cet avantage capital, on doit joindre l'utilité des mêmes procédés pour la formation des appro-

visionnements des places et des armées; et, comme ils s'appliquent immédiatement et sans aucune modification importante aux plantes médicinales, ils seront aussi d'une grande utilité pour le service médical des hôpitaux civils et surtout des ambulances militaires.

Les commissaires proposent en conséquence :

1° D'accorder l'approbation de l'Académie au mémoire de M. Masson sur la conservation des substances végétales alimentaires ;

2° D'envoyer un exemplaire de ce rapport aux ministres de la marine et de la guerre. (Adopté.)

SÉANCE DU 26 MAI. — PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

Recherches expérimentales sur les modifications imprimées à la température animale par l'introduction, dans l'économie, de différents agents thérapeutiques.

MM. Aug. Duméril, Demarquay et Lecointe communiquent un troisième mémoire sur les sédatifs et sur les altérants.

1° *Sédatifs* (*digitale* et *digitaline*). Neuf expériences ont été faites sur ces substances si bien étudiées dans leur action physiologique par MM. Bouchardat et Sandras, Homolle et Quévenne, Bouley et Reynal. L'*extrait de digitale* a été introduit dans l'estomac trois fois à la dose de 1 gramme et quatre fois à celle de 4 grammes dissous dans 100 ou 50 grammes d'eau chauffée à 35°, et dans ces expériences comme dans toutes celles où il fallait empêcher le vomissement, la ligature de l'œsophage a été pratiquée. Le résultat général fut toujours une élévation de la température. Dans une période de onze à douze heures, elle ne fut qu'une fois de 0°,7 seulement; trois fois elle dépassa un peu 1° et atteignit même, dans une expérience, 1°,8. Dans un cas cependant, avec 1 gramme, et dans un autre avec 4 grammes, elle avait été précédée d'un abaissement de 0°,5 et de 1°,4. Au bout de deux heures et demie environ, cette dépression avait cessé, et l'on notait une augmentation de la chaleur.

Est-ce à l'action vomitive, presque constamment produite par cette substance quand elle vient d'être ingérée dans l'estomac, que ce refroidissement, au début, peut être attribué, ou bien doit il l'être à une influence directe qu'elle exercerait sur le cœur, fait sur lequel, au reste, les observations faites par les auteurs de ce mémoire, relativement au pouls des animaux soumis aux expériences, ne jettent pas encore une clarté suffisante? Quoi qu'il en soit, il y a constamment, en dernière analyse, comme ils ont tenu à le constater cinq fois, une élévation de la température déterminée par un médicament destiné à ralentir la circulation.

L'identité de ces résultats avec ceux que la *digitaline* a fournis est

frappante. Tant qu'on ne dépasse pas 25 milligrammes, on voit cette substance, introduite dans l'estomac à cette dose et à celles de 1 et de 2 centigrammes, augmenter la chaleur animale dès le début, puis d'une façon graduée pendant dix à douze heures, et sans refroidissement initial. On a noté 1° avec la quantité la plus faible, 1°,9 avec 25 milligr. et 2° avec 2 centigrammes. Aucun des chiens n'a succombé. Le quatrième, au contraire, est mort en une heure avec 5 centigrammes, dose énorme en raison de l'énergie du poison, et l'abaissement fut de 1°,7.

En laissant de côté cette intoxication, pendant laquelle le ralentissement du pouls a été considérable, on voit que la digitaline, dont les effets physiologiques ont le plus grand rapport avec ceux de la digitale, produit, comme cette dernière, un accroissement de température plus considérable même, en raison de la puissance de son action sur l'économie. Les expérimentateurs reviendront plus tard sur ces faits curieux au double point de vue de la thérapeutique et de la théorie relative à la production de la chaleur animale.

2° *Altérants* (*iode*, *iodure de potassium*, *acide arsénieux*, *deutochlorure* et *proto-chlorure de mercure*). Six expériences ont été faites avec l'*iode*, qu'on a, chaque fois, rendu soluble dans l'eau par l'addition indispensable d'une quantité d'iodure de potassium égale à la quantité d'iode employée. Aussi a-t-il été nécessaire, plus tard, d'administrer isolément la première substance, afin de démêler ce qui, dans les résultats, devait être attribué soit à l'une, soit à l'autre.

0g.50 d'iode introduits dans l'estomac avec 0g,50 d'iodure de potassium et 50 gr. d'eau à 35 degrés ont, dans deux expériences successives, amené une élévation de 1°,8 et de 1°,9. Une dose double a, dans un cas, déterminé d'abord une dépression de 0°,4 à laquelle a succédé, au bout des quatre premières heures, une élévation de 2°,2 qui, avec quelques oscillations, était encore, onze heures après, de 1°,1. Dans un second cas, l'abaissement a été beaucoup plus considérable, c'est-à-dire de 2°,1 et n'a pas été suivi d'une aussi forte réaction, car treize heures après le début, le thermomètre qui n'était remonté que lentement était encore à 0°,3 au-dessous de son point de départ.

Cette action déprimante de l'iode, quand on élève les doses, s'est manifestée d'une façon plus évidente à dose toxique, comme l'ont prouvé deux expériences où 2 gr. d'iode ont été donnés avec 2 gr. d'iodure de potassium.

Dans la première, l'abaissement fut en une heure de 1°,1, et après un retour momentané du thermomètre au chiffre initial qu'il dépassa même de 0°,4, le refroidissement reparut, et il était de 1°,4 au bout de neuf heures. La mort d'ailleurs survint dans la nuit. La seconde expérience a fourni des résultats encore plus tranchés, puisqu'en six heures il est

survenu une diminution graduelle de 3°,8 qui, ne cessant qu'avec la vie, était au bout de neuf heures, l'animal étant mourant, de 7°,8.

Iodure de potassium. Les doses ont été deux fois 1g,15 et deux fois 4g,60, quantités exactement correspondantes pour l'iode qu'elles contiennent à celles qui furent employées quand l'iode était uni à l'iodure de potassium.

Contrairement aux effets obtenus dans les expériences précédentes, cette substance employée seule a toujours élevé la température. Cette élévation a été de 0°,6 et de 0°,7 avec les doses les plus faibles et de 1°,1, puis de 1°,3 avec les plus fortes. La mort n'a été la conséquence d'aucun de ces essais.

Acide arsénieux. 1° Il y a été administré cinq fois par l'*estomac* aux doses successivement croissantes de 5, 10, 15 et 85 centigr. et de 1 gr. Avec les deux plus faibles, une élévation régulière a toujours été obtenue; elle a été en cinq heures de 1°,9 avec 0g,05, et avec 0g,10 de 2°,2 en sept heures. Avec 0g,15, le thermomètre monte de 2°,4 ; mais il y a comme de l'hésitation dans les premières heures. Avec 0g,85, la scène change : il descend de 0g,7 en deux heures et demie, et le refroidissement devient plus considérable encore avec 1 gr., car il est de 1°,5 en trois heures. La mort a été fort prompte dans ces deux dernières expérimentations confirmatives de celles que M. Demarquay a consignées dans sa thèse inaugurale.

2° Guidés par les expériences de M. Orfila qui a vu l'intoxication survenir quand l'acide arsénieux est introduit dans le *tissu cellulaire sous-cutané*, les auteurs du mémoire ont obtenu, dans des essais du même genre, des résultats identiques aux précédents, car tandis que le thermomètre avait monté de 1°,2 avec 0g,15 seulement de cette substance placée dans le tissu cellulaire de la région dorsale, il descendit de 2°,4 quand la quantité fut portée à 0g,30, ce qui d'ailleurs détermina de prompts accidents, suivit de mort au bout de douze heures.

Mercuriaux. 1° *Calomel.* Il a pour effet général de déprimer la température : 1 gramme introduit dans l'estomac avec 50 grammes de mucilage à 35° a produit, en quarante-cinq minutes, un abaissement de 1°,7 ; mais la réaction vitale prenant le dessus, on trouve, au bout de six heures et demie, 1° de plus qu'au début. Avec 2 grammes, les phénomènes sont plus marqués : en trente minutes, le thermomètre baisse de 1°,5, et la réaction ne survenant qu'avec lenteur et incomplétement, la température est encore, à la quatorzième heure de l'expérience, à 0°,8 au dessous de son point de départ.

2° *Sublimé corrosif.* Son action déprimante est encore bien plus manifeste, comme l'ont prouvé trois expériences faites avec de faibles doses introduites dans *l'estomac* et successivement augmentées. Ainsi,

0g,10 font éprouver à la chaleur animale une diminution de 2°,9 en une heure trois quarts, puis elle est de 7°,3 au bout de douze heures, et l'animal, qui est alors mourant, succombe dans la nuit. Avec 0g,30, quoique les effets toxiques aient été également produits et suivis de la mort en treize heures, l'abaissement a été moins considérable : il a atteint, à la deuxième heure de l'expérience, sa limite la plus extrême qui fut de 2°,1, et à partir de ce moment, il y eut une faible réaction ; mais jusqu'aux derniers instants, la température resta au-dessous du chiffre primitif. Le refroidissement enfin fut de 1°,4 en deux heures, lorsqu'on porta la dose à 0gr,50, et à la sixième heure, l'animal étant dans un état de prostration extrême, la température initiale était descendue de 5°.

Le sublimé corrosif porté dans l'estomac déprime donc évidemment la température, et si cette dépression a été surtout remarquable avec 0gr,10, c'est sans doute parce que la vie s'étant prolongée davantage, les effets de cet agent toxique ont eu plus de temps pour se produire, et, par suite, ont été plus complets.

Deux expériences où il fut placé dans le *tissu cellulaire sous-cutané*, semblent montrer, par le léger abaissement constaté dans un cas, que si les doses avaient été moins faibles, les résultats auraient été complétement identiques aux précédents.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE DE PARIS.

SÉANCE DU 6 MAI. — PRÉSIDENCE DE M. ORFILA.

Cas d'hypertrophie des mamelles guérie par l'extirpation.

M. Robert lit au nom de M. Amussat et au sien un rapport sur un cas d'hypertrophie considérable des mamelles guérie par la double extirpation des parties affectées, communiqué à l'Académie par M. Bouyer, ex-chirurgien de la marine royale à Saintes.

Voici l'analyse de ce fait :

S. R...., d'une bonne constitution, fut réglée à 18 ans. Quatre mois après, et sans cause connue, l'écoulement menstruel disparut presque complétement. Les mamelles, qui jusqu'alors avaient été peu développées, devinrent le siége de douleurs et commencèrent à grossir, la gauche d'abord, puis la droite, dans une proportion telle, qu'au bout d'un an le sein gauche présentait 45 centim. de longueur de la base au mamelon, 80 centim, de circonférence à la partie moyenne, et 67 au pédicule ; le sein droit avait la même dimension, à 1 centim. près.

Ces deux mamelles pyriformes, d'un rouge violacé, étaient silonnées par des veines sous-cutanées nombreuses; elles offraient une consistance molle à la périphérie, et plus profondément une grande quantité de noyaux durs, du volume d'une noix ou d'une noisette, réunis par des cordons résistants.

En 1842, on eut recours à une ponction qui ne donne issue qu'à du sang, puis à une application de potasse qui n'eut aucun résultat. M. Bouyer vit la malade en juin 1844, trois ans après le début de l'affection. L'état général était bon; la coloration de la peau n'accusait aucune affection organique; il y avait seulement un peu de maigreur. Le ventre était entièrement recouvert par ces immenses tumeurs qui descendaient jusqu'aux genoux, et dont le poids, estimé à 15 kil. chaque, forçait la malade à garder le lit depuis deux ans.

L'opération fut regardée comme l'unique ressource. Le 24 juin, le sein gauche fut enlevé. Pour prévenir l'hémorrhagie pendant l'opération, un aide fut chargé de comprimer le pédicule de la tumeur entre deux fortes lames de baleine. Néanmoins la division des deux artères du volume d'une plume d'oie, situées au centre de la tumeur, laissa écouler en quelques secondes près d'un kilogramme de sang. De nombreuses artérioles furent liées. On ne réunit qu'imcomplétement la plaie dans le but de laisser un foyer temporaire de suppuration! il y eut peu de fièvre, et au bout de huit jours l'état était des plus satisfaisants.

Vingt-six jours après la première opération, on enleva avec un couteau à amputation le sein droit, qui avait notablement diminué de volume. On ne rencontra pas de vaisseaux importants; aussi l'écoulement sanguin fut-il peu considérable. Cette seconde opération n'entraîna pas plus d'accidents que la première; les deux plaies suppurèrent; en deux mois tout était fini. La santé générale devint excellente, les règles reparurent, et tout le corps reprit de l'embonpoint.

Le sein gauche pesait 30 livres 1/2 et le sein droit 20 livres 1/2. Après la double opération, la malade pesait 101 livres; on lui avait donc enlevé le tiers de son poids.

Les tumeurs étaient constituées par un tissu graisseux, au milieu duquel se trouvaient des noyaux glandulaires non dégénérés, mais excessivement hypertrophiés.

M. Robert, rapprochant ce fait du petit nombre de faits analogues rapportés par les auteurs, en fait ressortir cette coïncidence remarquable, qu'il croit pouvoir considérer comme l'expression d'une loi étiologique, entre la suppression du flux menstruel et le développement des tumeurs de ce genre. En ce qui concerne la nature de ces tumeurs, il exprime le regret que M. Bouyer se soit borné à un examen superficiel, l'examen microscopique ayant pu donner d'utiles renseignements à cet

égard. A défaut de données plus positives, il pense que cette maladie doit être considérée comme une simple hypertrophie des éléments glanduleux, et peut-être aussi de tous les éléments anatomiques de la mamelle.

En ce qui concerne le pronostic et le traitement, M. Robert émet la proposition suivante :

Tant que l'hypertrophie des mamelles n'a pas atteint un degré capable de gêner gravement les malades par son volume ou son poids, et de porter atteinte à la nutrition, il serait téméraire de vouloir en débarrasser les malades par une opération ; mais il n'en est plus ainsi quand une malheureuse femme est condamnée à un repos forcé, comme dans le cas de M. Bouyer, ou quand elle est exposée à succomber dans l'épuisement. L'extirpation devient alors une opération de nécessité.

L'analyse des cas peu nombreux encore où la chirurgie est intervenue dans le traitement de l'hypertrophie de mamelles, révèle un fait assez curieux : c'est que l'opération pratiquée sur un des seins fait éprouver à l'autre un retrait plus ou moins considérable. Cette circonstance paraît à M. Robert devoir dicter la conduite à tenir en pareil cas. Nous enlèverions d'abord, dit-il, la plus volumineuse des deux tumeurs; puis nous attendrions quelques mois avant d'attaquer la seconde, espérant de voir celle-ci s'atrophier et reprendre des dimensions compatibles avec l'exercice des fonctions de nutrition et de locomotion.

M. le rapporteur termine en ces termes :

En résumé, l'observation de M. Bouyer est un fait des plus remarquables : les détails qui l'accompagnent sont fort complets; l'opération qu'il a exécutée annonce un chirurgien habile et hardi. En conséquence, votre commission a l'honneur de vous proposer de lui adresser des remercîments et d'inscrire honorablement son nom sur la liste des candidats au titre de membre correspondant de l'Académie.

Les conclusions sont adoptées.

Variétés de dimension et de forme du bassin normal chez la femme.

M. Devilliers fils, candidat à la place vacante dans la section d'accouchements, lit un travail ayant pour titre : *Recherches sur les variétés de dimension et de forme de bassin normal chez la femme.*

Frappé des variétés quelquefois singulières de dimension et de forme qu'il lui était arrivé de rencontrer sur plusieurs bassins ayant appartenu à des femmes du reste bien conformées et accouchées spontanément, M. Devilliers a essayé de rechercher, à l'aide d'une observation plus étendue, les différences que ces sortes d'écarts de la nature peuvent présenter, et de découvrir, s'il en existe toutefois, les lois qui les diri-

gent, en se plaçant surtout au point de vue pratique. Pour atteindre ce but, l'auteur a dû :

1° Reprendre quelques études touchant les dimensions des divers diamètres du bassin à l'état normal, et établir leurs proportions et leur fréquence relatives :

2° Rechercher ses variétés de forme ;

3° Comparer ses diamètres avec les diamètres que présente la tête du fœtus pendant le travail de l'accouchement.

4° Il a étendu ces mêmes recherches aux bassins viciés par étroitesse, et il en a profité pour :

5° Chercher de nouveau si la mensuration externe peut aider le diagnostic des dimensions des diamètres internes du bassin, soit dans les cas normaux, soit dans les vices de conformation ;

6° Établir quelques termes de comparaison entre les bassins de femmes adultes et ceux de jeunes filles, de jeunes garçons et d'hommes, au point de vue surtout du développement.

Dans ce travail, M. Devilliers ne s'occupe que des variétés de dimension et de forme du bassin normal chez la femme adulte, qu'il compare aux dimensions de la tête du fœtus à terme et pendant le travail, et il expose ensuite les résultats que lui a fournis la mensuration externe.

Il conclut en ces termes :

1° On voit assez fréquemment le diamètre sacro-pubien descendre au-dessous de 109 millim. (4 p.) et jusqu'à 0,95 millim. (3 p. 6 lign.), sans que les bassins ou les sujets auxquels ils appartiennent offrent des traces de déformation rachitique ou de ramollissement des os. J'ai trouvé cet abaissement de diamètre sur plus de la moitié des bassins secs, et dans près de la moitié des cas, sur les bassins garnis des parties molles.

2° Le diamètre coccy-pubien, abstraction faite de l'incurvation en dedans produite sur le coccyx par le retrait des ligaments sacro-sciatiques dans les bassins préparés, m'a paru, dans plus des trois quarts des cas inférieur à 109 millim. (4 p.) qu'on lui reconnaît généralement.

3° Le diamètre bis-iliaque du détroit supérieur ne m'a offert qu'une très-légère différence en moins dans le chiffre de sa moyenne, qui a été de 129 et 130, au lieu de 135 millim. (5 p.).

4° Il n'en a pas été de même du diamètre bis-ischiatique, qui en général est inférieur en étendue au diamètre connu (109 millim.) et s'est abaissé, dans plus du tiers des cas, au-dessous de 0,95 millim. (3 p. 6 lign.).

5° Quant aux diamètres obliques du détroit supérieur, j'ai trouvé leur étendue moyenne un peu plus élevée que le chiffre ordinaire, 120 millim.

Mais ce qu'ils offrent surtout de remarquable, c'est que le diamètre oblique gauche est supérieur en longueur au diamètre oblique droit dans

près de la moitié des cas, et qu'il le dépasse souvent de 6 à 8 millim., et quelquefois de bien davantage.

6° Cette prédominance du diamètre oblique gauche coïncide, comme on voit, avec la direction si fréquente et si connue du plus grand diamètre des extrémités de l'ovoïde fœtal, direction qui lui est à peu près parallèle.

7° Cette préférence de longueur semble se porter d'une manière plus indifférente sur l'un ou l'autre des diamètres obliques du détroit inférieur, qui d'ailleurs sont beaucoup moins importants à cause de leur mobilité.

8° L'abaissement du chiffre de certains diamètres sur le squelette doit être attribué au resserrement des ligaments et des surface articulaires sous l'influence de la dessiccation. Ce sont surtout les diamètres antéro-postérieurs des deux détroits et les diamètres obliques du détroit inférieur qui, dans ce cas, paraissent subir un léger degré de diminution, tandis que sur le cadavre le même effet n'est produit que sur le diamètre transverse du détroit supérieur par l'apposition des parties molles.

9° On ne trouve que très-rarement des bassins offrant, dans l'ensemble de leurs diamètres, des proportions régulières se rapprochant des moyennes considérées par les auteurs comme normales.

10° J'ai rencontré quelques bassins amples dont plusieurs des diamètres s'élevaient jusqu'à 176 et 140 millim. (6 p. 6 lign. et 5. p. 3 lign.) ; plus des bassins étroits dont les mêmes diamètres descendaient jusqu'à 93 millim., sans qu'aucun de ceux-ci présentât la moindre trace de vice rachitique ou d'ostéomalacie.

11° En considérant la somme des chiffres de tous les diamètres des bassins que j'ai étudiés, plus de la moitié reste entre 109 à 81 millim. (4 p. et 3 p.) ; plus du tiers entre 135 et 109 millim. (5 p.), et enfin deux cent quatre-vingt-cinquièmes au-dessous de 81 millim. (3 p.).

12° Les diamètres de la tête du fœtus, qui, dans l'état normal, se présentent pendant le travail égaux à ceux du bassin, sont la plupart du temps inférieurs d'une quantité très-notable à ceux des détroits, et peuvent traverser des diamètres qui descendent au-dessous de 109 millim. (4 p.).

13° Des propositions précédentes, il résulte que les principaux diamètres du bassin normal descendent assez souvent au-dessous des proportions moyennes considérées aussi comme normales, sans que cependant il y ait obstacle sérieux à l'accouchement à terme.

14° Les formes générales des détroits du bassin sont aussi variées que l'étendue de leurs divers diamètres.

15° En général cependant, les proportions diamétrales qui donnent au détroit supérieur une forme ovoïde ou elliptique transversale tendent à se conserver.

16° Les diverses parois du bassin normal entrent d'une manière fort variable dans les diverses altérations de formes qu'il peut présenter, altérations qui, chez les sujets rachitiques, portent le plus ordinairement, comme on sait, sur les parois antérieures et postérieures.

17° Il n'existe réellement pas en général de rapport régulier entre les divers diamètres du bassin normal, quant à leur étendue. Ainsi, de ce que l'un d'eux augmente en longueur, il ne s'ensuit pas nécessairement que le diamètre opposé doive offrir un allongement proportionnel.

18° Ce défaut de balancement se remarque tout aussi bien entre les diamètres d'un même détroit qu'entre ceux de détroits différents. Les dimensions de l'un ne peuvent donc faire préjuger celles de l'autre, même approximativement.

19° Je n'ai pu, malgré mes efforts, trouver de rapport proportionnel et quelque peu fixe entre les dimensions prises à l'intérieur du bassin normal et les diamètres internes correspondants soit au détroit supérieur, soit à l'inférieur.

Aucune règle ne peut donc être établie, selon moi, à l'égard de la mensuration interne comme moyen de diagnostic, quant à ce qui concerne au moins le bassin normal. (Comm. : MM. Moreau et Danyau.)

SÉANCE DU 13 MAI. — PRÉSIDENCE M. ORFILA.

Étranglement intestinal par l'appendice cœcal.

M. Coze, médecin de l'hôpital civil de Saint-Omer, envoie une note sur ce sujet.

Il rapporte un cas d'étranglement interne par suite des adhérences contractées par l'appendice iléo-cœcal, qu'il a observé en 1846, chez un jeune homme de 17 ans et demi ; il se place surtout au point de vue de l'anatomie pathologique et résume les résultats de l'autopsie.

Ventre ballonné, teinte noirâtre de la peau.

Intestin distendu par des gaz ; couleur lie de vin ; une anse de l'intestin iléon était prise dans un axe formé par l'adhérence de l'extrémité libre de l'appendice qui vient se greffer sur la partie du cœcum opposée à celle de son insertion. Cette anse était complétement noire et longue de 60 ou 80 centimètres. Le péritoine n'était pas malade.

Ce jeune homme avait eu une péritonite en 1841, qui s'était compliquée d'entérite grave, de sorte que l'adhérence doit remonter à cette époque. Une indigestion de cerises avalées avec les noyaux est la cause occasionnelle de l'accident. La gastrotomie fût elle indiquée, elle n'eût dû, dans aucun cas, être faite que dans les trois ou quatre premiers jours, et encore les chances de succès eussent été bien minimes.

— M. A. Mordret, médecin au Mans, adresse une observation d'accouchement difficile suivi de mort.

Par suite de manœuvres vicieuses et d'une application de forceps, il se développa un vaste abcès gangréneux des parois abdominales et de l'espace ischio-vaginal. A l'autopsie, on constata une perforation du vagin avec fracture de la branche descendante du pubis. (Comm. : MM. Dubois, Danyau et Cazeaux.)

Compression de l'aorte dans les hémorrhagies utérines.

M. Villeneuve, en son nom et celui de M. Velpeau, lit un rapport sur un travail de M. Chailly-Honoré, intitulé : *De la compression de l'aorte dans les cas d'hémorrhagie après l'accouchement.*

L'auteur, après avoir fait l'historique des divers procédés employés pour comprimer l'aorte, propose d'introduire la main droite en déprimant la paroi abdominale entre le fond de l'utérus et les intestins jusqu'à l'aorte, que l'on reconnaît facilement à ses battements, et que l'on fixe entre l'indicateur et le médius. L'hémorrhagie cessa à l'instant.

Le rapporteur propose d'ajouter la position horizontale de la malade.

M. Chailly-Honoré rapporte, à l'appui de son procédé, et pour contredire les objections qui lui sont faites, 17 observations tirées de sa pratique, dans lesquelles diverses circonstances avaient amené des accidents et des complications graves, et chez lesquelles la compression a été parfaitement supportée et a produit des résultats immédiats.

Dans un cas seulement, il a eu un résultat fatal, mais c'était chez une femme qui, par suite de l'implantation du placenta sur le col, avait eu au sixième ou huitième mois et demi de sa grossesse, des pertes abondantes, par suite desquelles elle est morte après un accouchement par la version, dans un état anémique complet.

M. le rapporteur engage M. Chailly-Honoré à continuer ses recherches, et signale son travail à l'attention de l'Académie comme nouveau titre à l'appui de sa candidature. (Adopté.)

SÉANCE DU 20 MAI. — PRÉSIDENCE DE M. ORFILA.

Engorgement considérable de la rate sans fièvre d'accès.

M. Durand (de Lunel), médecin de l'hôpital militaire du Gros-Caillou, adresse la lettre suivante : « J'ai en ce moment dans mon service, à l'hôpital militaire du Gros Caillou, un malade, un officier au 7e bataillon de chasseurs à pied, qui est atteint d'un engorgement considérable de la rate, compliquant une affection dyspeptique grave. L'organe splé-

nique descend jusqu'au niveau de l'ombilic et mesure 20 centimètres. Le malade n'a jamais éprouvé d'accès de fièvre, ni avant, ni depuis le commencement de sa maladie qui date de six mois et dont l'invasion a été lente.

Pour moi, qui ne considère pas avec MM. Audouard et Piorry, les accès de fièvres intermittentes comme des phénomènes sympathiques d'une affection quelconque de la rate, mais bien, quand ils sont d'origine paludéenne, comme les résultats morbides de l'impression générale d'une matière miasmatique qui s'est introduite dans l'appareil sanguin, et qui, le plus souvent, a pu, en qualité de matière fermentescible, s'élaborer dans cet appareil, et notamment dans la rate ou tout autre réservoir sanguin, pour moi, dis-je, je vois, dans un tel fait, une objection grave à la théorie des fièvres intermittentes de MM. Audouard et Piorry.

Lèpre d'Amérique.

M. Gibert (au nom d'une commission) lit un rapport sur un mémoire du docteur Echeverria, traduit du portugais et adressé à l'Académie par M. Jules Boucier, ex-consul de la République à Quito (Equateur). — La lèpre proprement dite, dit M. Gibert, *éléphantiasis*, ou lèpre tuberculeuse, est naturellement le type de la description tracée par le docteur Echeverria, qui, atteint lui-même de la maladie, est enfermé avec soixante-cinq compagnons d'infortune dans le lazaret de Quito. Sur ces soixante-six malades, il en est soixante qui présentent les caractères de cette lèpre. La description du docteur Echeverria est d'ailleurs parfaitement en harmonie avec celle donnée par Schilling et les auteurs plus anciens. Avec le médecin hollandais, le docteur Echeverria admet comme deux formes de la même maladie l'*éléphantiasis grec*, ou forme tuberculeuse promement dite, qui donne à la physionomie cet aspect monstrueux que les Grecs avaient désigné sous les noms de figure de lion ou masque de satyre, et l'*éléphantiasis arabe*, qui amène dans les membres inférieurs cette tuméfaction indurée qui les a fait comparer aux jambes de l'éléphant.

Dans ces deux variétés peuvent se montrer ces ulcères lépreux et ces mutilations qui ont été signalées particulièrement dans la lèpre des colonies.

Toutes deux d'ailleurs peuvent se trouver réunies sur le même sujet; l'auteur du mémoire en cite un exemple.

M. Echeverria a cru devoir admettre encore deux autres espèces de lèpre, savoir, la lèpre *écailleuse* et la lèpre *crustacée*, toutes deux beaucoup plus rares que la lèpre *tuberculeuse*.

On peut rapprocher la lèpre *écailleuse* du *leuse* ou *alphos* de Grecs, de la lèpre des Hébreux, signalée dans le *Lévitique*, de l'éléphantiasis anesthésique des médecins norwégiens Dannielsen et Boek et des médecins anglais. Suivant Schilling, ce n'est qu'une première phase ou un premier degré de la lèpre tuberculeuse. L'alopécie et la perte progressive de la sensibilité sont ses caractères distinctifs.

La troisième espèce, ou lèpre *crustacée*, a été admise aussi par les auteurs norwégiens dans leur traité classique de la *Spèdalsked* ; elle est caractérisée par des taches livides tirant sur le violet bleuâtre (*melas* des Grecs), qui s'ulcèrent et se recouvrent de croûtes.

En somme, on retrouve dans ces trois espèces les caractères généraux de la lèpre indiqués par tous les bons observateurs, savoir : les *taches* élémentaires, l'*insensibilité*, les déformations et les mutilations ultérieures, enfin la marche fatale de la maladie vers une terminaison funeste à mesure que l'altération de la santé générale vient se joindre aux désordres extérieurs..., ce qui s'observe bien plus rapidement dans la forme tuberculeuse léonine, beaucoup plus lentement dans les autres, et notamment dans l'éléphantiasis *arabe* ou mal des Barbades. Ce dernier, comme on sait, chez beaucoup de sujets, ne constitue pendant de longues années qu'une infirmité et une difformité partielles. Il est d'ailleurs bien extraordinaire de voir une maladie si essentiellement liée aux conditions climatériques qu'elle est aujourd'hui presque inconnue dans les contrées centrales et tempérées de l'Europe..., se montrer avec des phénomènes semblables dans des régions situées sous des latitudes aussi différentes que la Norwége, par exemple, et les côtes d'Afrique ou celles de l'Équateur.

Nous ne reviendrons pas ici sur ce que nous avons dit dans un précédent rapport sur la chronologie, l'historique, la marche et la symptomatologie de la lèpre ; mais nous dirons quelques mots de l'étiologie et du traitement.

On sait que la lèpre est regardée généralement comme une maladie contagieuse, et que, dans nos colonies, les lépreux sont, comme au temps des croissades, isolés et séquestrés du reste de la société.

Quelques auteurs cependant, et notamment votre célèbre collègue Alibert, se sont efforcés de lutter contre une opinion si ancienne et si invétérée.

Les observations qui me sont personnelles tendraient, comme celles d'Alibert, à repousser toute idée de contagion ; mais de ce que, dans nos climats tempérés et dans le petit nombre de cas isolés et exceptionnels que nous avons pu observer à Paris, le mal n'a paru présenter aucun caractère contagieux, s'ensuit-il que, dans les conditions climatériques favorables et par suite d'une fréquentation intime et prolongée,

on n'aura jamais rien à redouter au sujet de la transmission du mal? Je n'oserais l'affirmer.

M. le docteur Echeverria, victime lui-même des idées de contagion et séquestré dans un lazaret où sont abandonnés presque sans secours aucun les malheureux lépreux qu'on se hâte d'y renfermer dès qu'on vient à reconnaître chez eux les indices de cette triste et hideuse maladie, M. Echeverria, dis-je, se pose à son tour comme anticontagioniste, et appuie son opinion sur plusieurs faits que nous citerons brièvement.

« Francisca Parminio, âgée de 50 ans, a vécu quatorze ans dans cette résidence, et se conserve au milieu de soixante-cinq malades et dans le foyer de la corruption, parfaitement saine. »

« Manuela Suarez, veuve de deux maris atteints d'éléphantiasis, avec lesquels elle a vécu dans la plus étroite union jusqu'à leur mort, continue d'habiter le lazaret sans être malade. »

« Le sacristain Miguel Salos et le portier Antonio Lara ont vieilli dans cet asile, élevant leurs enfants parmi les malades, et aucun des individus de cette famille n'a eu le moindre symptôme de lèpre. »

« Enfin, il y a six ans que le R. P. Louis Surrita, religieux de l'ordre des augustins et aumônier de l'établissement, visite et fréquente les lépreux, confesse les malades, donne aux mourants les derniers secours de la religion, et reste sain et sauf au milieu de ces communications journalières, intimes et répétées. »

Il faut bien reconnaître que ces faits, observés dans les conditions propices à la manifestation du caractère contagieux de la maladie, sont de nature à faire suspecter ce caractère, ou du moins qu'ils doivent, quand on les rapproche de ceux que nous avons signalés nous-même, faire regarder comme très-exagérées les craintes que l'on a conçues sur la communication de la lèpre, et faire souhaiter à tous les amis éclairés de l'humanité que l'on modifie les mesures, presque barbares, qui sont prises encore aujourd'hui contre les malheureux lépreux.

L'*hérédité*, admise tous par les auteurs, est encore confirmée par le docteur Echeverria, qui a sous les yeux, dans l'hospice Saint-Lazare, quatre exemples de lèpre héréditaire.

Un fait curieux, cité par l'auteur, est celui qui se rapporte à deux sœurs, dont l'une, qui avait fui son père dès qu'avaient apparu chez ce dernier les premiers indices de la lèpre, fut plus tard amenée lépreuse au lazaret, tandis que l'autre, qui continua d'habiter avec son père et de le soigner jusqu'à sa mort, est restée saine, et a eu depuis elle-même des enfants bien portants.

Quant au *traitement*, l'auteur du mémoire déplore avec raison la triste coutume établie dans son pays de déclarer incurable tout individu atteint de la lèpre, et de le séquestrer comme un objet d'horreur et de

dégoût, sans secours médical aucun, dans un établissement où tout manque, et où toute communication avec le dehors est rigoureusement interdite.

Nous ferons, avec notre malheureux confrère et avec M. Jules Bourcier, qui n'a pas craint d'user de son caractère officiel pour pénétrer dans ce séjour de désolation, des vœux pour que les autorités compétentes, mieux renseignées sur les difficultés de la transmission du mal et sur la possibilité de le guérir, ou du moins de l'arrêter dans ses progrès, prennent des mesures propres à concilier les devoirs de l'humanité avec les intérêts de la société, en défendant seulement les communications qui ne sont point indispensables au soulagement et au traitement des malades.

Plusieurs exemples authentiques prouvent, en effet, d'une part, que les rapports et des communications habituelles peuvent avoir lieu entre les lépreux et les individus sains, sans que ceux-ci contractent la maladie;

Et, d'autre part, que des tentatives, soit empiriques, soit rationnelles, ont réussi à arrêter les progrès du mal, et même, dans certains cas, à amener la guérison.

Ainsi M. Baumès (de Lyon) a publié dans sa *Nouvelle dermatologie* une observation d'*éléphantiasis grec* traité par lui avec succès, bien que parvenu à un degré grave et étendu. Ainsi Schilling a rendu à la santé quelques sujets atteints de *lèpre tuberculeuse*; ainsi nous-même, dans le rapport académique cité plus haut, nous avons signalé les bons effets obtenus de l'*assacou* (*hura brasiliensis*) par les médecins de la province du Para, au Brésil.

Nous croyons donc répondre aux vues philanthropiques de M. Jules Bourcier et aux vœux exprimés par notre malheureux confrère le docteur Echeverria, en vous soumettant les deux propositions suivantes, qui serviront de conclusions à ce court exposé :

1° Que ce rapport, ainsi qu'une copie de celui déjà publié dans le tome XIV du *Bulletin* (p. 114), soient transmis à M. Jules Bourcier, qui se dispose à retourner à l'Équateur, pour en faire l'usage qui lui paraîtra le plus favorable à ses vues ;

2° Que des remercîments lui soient adressés, ainsi qu'au docteur Echeverria, et qu'on y joigne l'expression de nos vœux pour que les léproseries soient désormais transformées en de véritables hôpitaux où les lépreux soient considérés comme des malades en traitement, et non pas comme des sujets incurables et dangereux qu'il faut à tout prix séquestrer de toute communication et de toute relation sociales.

M. Clot-Bey demande la parole.

M. Clot-Bey : Dans le cours de mes voyages, j'ai vu cette maladie en grand, car elle est très-répandue dans toute l'Égypte, et particulièrement

dans la Basse-Égypte. Cette maladie est d'autant plus intense que l'on se rapproche le plus des bords de la mer. Je l'ai observée à Rosette, à Damiette et sur tout le littoral. Aussi pourrai-je donner quelques renseignements à l'Académie sur son étiologie. Et d'abord j'aborde la question de la contagion.

J'ai vu de nombreuses familles de lépreux dans lesquelles la transmission par hérédité n'avait pas lieu. Le père ne donnait la maladie ni à sa femme ni à ses enfants. Le contraire arrive souvent aussi ; cependant on peut dire qu'elle n'est pas essentiellement héréditaire et qu'elle n'est nullement transmissible. Ces idées sont tellement répandues dans le peuple que l'on ne prend absolument aucune précaution pour se garer du contact et dans les rapports que l'on a avec les lépreux, on n'y fait pas la moindre attention. Il y a des familles dans lesquelles on garde, alors même qu'ils sont atteints de la maladie, les domestiques, les bonnes d'enfants et même les nourrices. J'avoue que toutes les fois que l'on m'a consulté à l'égard des nourrices infectées de la maladie, je n'ai pas été d'avis qu'on leur laissât des enfants à nourrir ; cependant il n'a jamais été démontré qu'une nourrice lépreuse ait communiqué la lèpre. C'est certainement là le contact le plus immédiat ; eh bien ! jamais je n'ai vu un nourrisson contracter la lèpre.

Il y a sept ou huit ans, en voyageant en Grèce, j'ai retrouvé la lèpre dans plusieurs villes, et j'ai pu constater l'existence de tous les préjugés de la contagion. Aussi les malheureux lépreux, quand ils ne sont atteints que sur un point caché de la peau, dissimulent-ils le mieux qu'ils peuvent leur maladie, afin de n'être point séquestrés, renfermés comme des criminels. Ils restent ainsi en communication avec les autres personnes. On a vu de jeunes femmes infectées séparées, par suite, de la société, finir par s'abandonner au libertinage avec les jeunes gens, qui franchissent tous les obstacles et tous les dangers pour les aller trouver, sans que ceux-ci aient jamais contracté la maladie.

D'un autre côté, les pauvres lépreux se marient entre eux, et c'est là une des principales causes qui entretiennent cette maladie.

Quant aux remèdes, j'en ai tenté beaucoup, et je déclare n'avoir jamais constaté de résultat bien positif. J'ai reconnu quelque amélioration, mais je ne puis trop l'attribuer aux traitements employés.

M. Velpeau : Le rapport qui vient d'être lu soulève une question très-grave. Il y a, sans aucun doute, des dangers à admettre comme contagieuses des maladies qui ne le sont pas, mais il faut bien se garder de considérer comme non contagieuses celles qui sont susceptibles de se communiquer ; car les conséquences en seraient beaucoup plus graves.

Je ne suis nullement sûr que la lèpre soit contagieuse, je n'ai par devers moi aucune preuve, seulement j'ai remarqué dans le rapport une

série d'observations qui auraient peut être mérité qu'on s'y arrêtat. J'y ai remarqué, en outre, un raisonnement que l'on retrouve toujours quand il s'agit de discuter la question de la contagion. La maladie, dit-on, n'est pas contagieuse, car on a vu des hommes vivant longtemps au milieu d'autres personnes frappées de lèpre, sans en être atteints eux-mêmes.

Ce raisonnement me paraît vicieux ; on rapporterait dix mille cas de ce genre qu'on n'aurait pas prouvé que la maladie n'est pas contagieuse. Quand il s'agit de l'hérédité, par exemple, il suffit qu'on l'ait constatée pour quelques individus pour qu'on l'admette. Pourquoi raisonne-t-on différemment à l'égard de la contagion ?

Il n'y a pas de maladie, quelque contagieuse qu'on la suppose, qui ne frappe de préférence certains individus. Pourquoi un individu ne transmettra-t-il pas toujours la maladie ? Par une raison inconnue, et par la même raison qu'une maladie qui est contagieuse pour une personne ne l'est pas pour tous. C'est à tort qu'on s'attache à démontrer qu'il y a des individus qui n'ont pas contracté cette maladie, bien que se trouvant dans les conditions les plus favorables à l'infection.

Je ne puis approuver ce raisonnement, que l'on présente toujours quand il est question des maladies contagieuses.

M. Cloquet : Nous avons, en France, peu d'occasions d'observer des lépreux. Les personnes qui se présentent à nous viennent des pays étrangers. J'ai cependant eu l'occasion d'en voir un certain nombre.

Ce qui m'a frappé, c'est l'inefficacité de tous les traitements employés. A une certaine époque, il y a quinze ou seize ans, j'ai cru pouvoir guérir un lépreux : c'était un malade venant de Cayenne. Après avoir recouru à certains remèdes, je l'envoyai aux eaux de Louèche ; il y passa une saison et revint avec une amélioration sensible ; j'avais la conviction qu'il guérirait. A la saison suivante, il retourna à Louèche, mais il en revint dans le même état qu'avant le traitement.

Depuis cette époque, j'ai vu tous les traitements échouer. Il y a deux ans, un négociant de l'île Bourbon, qui avait la lèpre, me fut envoyé. J'appelai à mon aide quelques-uns de mes collègues, avec qui nous arrêtâmes plusieurs moyens de traitement ; l'emploi du mercure, les frictions de toutes sortes, et, bien que le malade espérât beaucoup du climat de France, la maladie continuait toujours, lorsque des renseignements fournis par un médecin du Brésil nous firent connaître un remède employé avec succès sur quelques nègres, dont plusieurs avaient été parfaitement guéris, le guano.

Notre malade a été envoyé dans le lieu même où l'on exploite ce produit, et soumis à ce traitement. Je ne sais quel en a été le résultat, mais comme nous avons un correspondant à Rio-Janeiro, on pourrait écrire pour avoir des renseignements certains à cet égard.

M. Huzard : La lèpre règne parmi les nègres du Sénégal. J'en ai vu plusieurs, j'ai même eu l'occasion d'être consulté par l'un d'eux qui avait la lèpre à l'une des jambes. J'ai pris quelques renseignements sur la contagion de cette maladie ; j'ai demandé s'il y avait contagion ou non ; j'ai pu me convaincre que la population ne regardait pas la maladie comme contagieuse. Les nègres se marient, ont des enfants ; je ne sais s'il y a hérédité, mais ceux qui se mettent en contact avec les nègres ne contractent pas la maladie.

Cette maladie commence à 10, à 12 ans dans le Sénégal ; elle augmente successivement. Les personnes qui sont attaquées de la maladie ne sont jamais séquestrées.

M. Gérardin : Ce qui est le plus digne d'attention dans cette maladie, c'est de la voir régner indifféremment sous les températures les plus éloignées ; c'est là une grande difficulté pour les recherches étiologiques. Du reste, le sentiment unanime en Islande, où j'ai observé la lèpre, c'est qu'elle n'est point contagieuse.

M. Ricord : L'idée de la contagion de la lèpre remonte à une époque très-reculée, à l'époque probablement où cette maladie n'était pas encore différenciée de celles qui ont avec elle quelque analogie, de la syphilis par exemple, avec laquelle on la confondait. Depuis qu'elle est mieux connue et mieux diagnostiquée, on reconnaît qu'elle n'est point contagieuse. Il m'est arrivé assez souvent de voir des individus lépreux récemment venus en France, et d'être consulté pour des cas de diagnostic difficile. Je me rappelle notamment deux cas de ce genre, dont l'un me fut adressé par M. Orfila, et l'autre par M. Andral père. Dans ces deux cas, la maladie n'avait été communiqué à aucune des personnes qui accompagnaient les malades et qui n'avaient cessé d'être en contact avec eux. Quant à l'hérédité, les faits que l'on invoque ne prouvent rien. On peut être lépreux avec des parents lépreux comme des parents lépreux peuvent donner naissance à des enfants qui ne le deviennent pas. Je crois donc que la lèpre n'est ni contagieuse ni héréditaire.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

Affection spasmodique de la glotte particulière à l'enfance.

M. Rendu, médecin à Compiègne, lit un court résumé d'un mémoire sur une affection spasmodique de la glotte particulière à la première enfance.

Ce mémoire a trait à une affection des voies respiratoires qu'il a observée sur des enfants âgés, les uns de quelques mois, les autres de 4 à 5 ans. Le caractère particulier de la maladie est une suffocation survenant brusquement pendant la nuit, alors que l'enfant paraissait jouir

de la plus complète santé. Cette suffocation est de nature convulsive et à en juger par les deux dernières observations rapportées dans ce mémoire, elle revêt, alors qu'elle est abandonnée à elle-même, des caractères de la plus grande gravité ; elle s'accompagne alors de production de fausses membranes, en un mot le croup lui succède.

(Ce travail est renvoyé à l'examen d'une commission, composé de MM. Danyau et Gérardin.)

SÉANCE DU 27 MAI. — PRÉSIDENCE DE M. ORFILA.

Étiologie de la peste.

M. Clot-Bey : Il vous paraîtra étonnant, messieurs, que je vienne encore parler de la peste dans cette enceinte, alors que l'Académie a consacré près de deux années consécutives à l'étude de cette question, dans laquelle, je dois m'empresser de le reconnaître, elle a élucidé un grand nombre de points, fait justice de beaucoup d'erreurs, et obtenu enfin des résultats immenses au point de vue des réformes sanitaires. Mais vous voudrez bien pardonner à un homme qui a vécu vingt-six ans en Égypte, et qui a fait de la peste l'objet d'une étude spéciale, de ne pas être d'accord avec l'Académie sur un principe fondamental relatif à l'étiologie.

Les noms ont souvent plus d'importance qu'on n'imagine : ainsi, tant qu'on a laissé à la peste son nom ancien, le nom que lui ont donné tous les auteurs, ce nom n'impliquait aucune idée sur la nature et sur les causes des épidémies pestilentielles ; mais dès qu'on a voulu lui donner un nom moderne, dès qu'on s'est plu à l'appeler le typhus d'Orient, ce nom a eu une influence plus grande qu'on ne peut l'imaginer. On a trouvé qu'il était tout simple d'expliquer le développement de la maladie par des causes locales.

Je dis, messieurs, que la peste n'est point une affection typhoïde, et je crois pouvoir le prouver.

Le typhus existe en Égypte comme en Europe ; il a les mêmes caractères. Jamais le typhus ne prend le caractère de la peste, pas plus que le choléra ne prend le caractère de la grippe, de la variole ou de la rougeole.

Ainsi il est certain que la peste n'est pas le typhus, puisque le typhus n'est pas une maladie épidémique. Le typhus tient à des causes locales plus ou moins appréciables. Le typhus se développe dans les hôpitaux, dans les armées. Le typhus n'est transmissible que dans les foyers où il se développe ; mais il ne va ni à droite ni à gauche : il se concentre dans

certaines contrées, il ne franchit pas les espaces comme la grippe, la rougeole et la petite vérole.

Je ferai naître le typhus qu'on voudra ; il suffit pour cela de réunir les conditions d'insalubrité requises. Il suffira de placer des individus dans un local trop petit pour produire le typhus, parce qu'il aura encombrement ; eh bien ! personne n'osera dire qu'il pourra donner naissance ni au choléra ni à la grippe, ni à aucune autre maladie épidémique.

Sans vouloir entrer dans les détails, je dis qu'il y a de grandes maladies épidémiques qui tiennent à des causes que nous ne connaissons pas. Il n'est personne qui puisse dire pourquoi nous avons une inflammation qui se borne à la partie supérieure de la gorge, pourquoi nous avons la coqueluche, la rougeole. On ne composera jamais ces maladies de toutes pièces, parce qu'on ne sait rien sur leurs causes. Eh bien ! la peste est dans la même catégorie ; elle ne tient à aucune des causes qu'on a voulu lui assigner, telles que la misère, les inondations du Nil, le mode d'inhumation usité en Égypte.

Quand elle se développe, elle n'attaque pas un individu isolé, elle franchit les espaces, elle envahit toute une contrée sans que l'on sache comment, sans que l'on sache pourquoi.

Par conséquent, je crois qu'il y a une grande importance à bien réfléchir sur cette question de l'étiologie pour ne pas toujours rester dans les hypothèses. Et n'a-t-on pas vu le choléra atteindre les classes les plus riches et épargner les quartiers les plus insalubres?.... Lyon, qui est une des villes les moins salubres, en était complétement exempt, alors qu'il exerçait d'affreux ravages à Marseille, à Paris.

Nous avons vu, dans le choléra de 1835, les habitants de Livourne décimés par le choléra abandonner cette ville pour aller habiter Pise ; pas un habitant de Bise n'en fut victime.

Tel est le point capital sur lequel je voulais entretenir l'Académie.

J'ai déjà traité cette question dans un ouvrage ; mais depuis la publication de cet ouvrage, j'ai été à même, par de nombreuses observations faites pendant l'épidémie de 1835, de corroborer tout ce que j'ai écrit.

Je désirerais porter la conviction dans le sein de l'Académie ; je prie en conséquence messieurs les membres qui auraient quelques objections à faire, de vouloir bien m'adresser quelques questions auxquelles je m'efforcerai de répondre....

M. Londe : Je suis surpris d'avoir entendu dire à M. Clot-Bey que nous ne sommes pas plus à l'abri de la peste qu'autrefois. Autrefois la peste était très-fréquente en Europe ; Paris a été plusieurs fois le théâtre d'épidémies de peste meurtrière. Ces épidémies ne se sont plus reproduites depuis l'assainissement de nos villes.

M. Clot-Bey : C'est une erreur ; c'est là une vue purement théorique,

mais qui n'est point fondée en fait. Ce que j'ai dit de la peste peut identiquement s'appliquer au choléra. Nous n'avions pas eu le choléra en Europe avant 1817, et l'on pensait qu'il ne s'y était introduit que par suite de nos communications avec l'Europe, et cependant ne l'avons-nous pas vu survenir à des époques où il ne sévissait pas sur d'autres points?

Le choléra vient, il s'en va et revient, sans que nous sachions ni pourquoi il est venu, ni ce qu'il est, ni d'où il vient ; et ce qu'il y a de plus déplorable, c'est que nous ne savons rien sur son traitement.

Il a plu autrefois à la peste d'apparaître en Europe sans savoir pourquoi ni comment, puis, comme le choléra, elle s'en est allée.

Qui peut dire quand elle reviendra ou ne reviendra pas? La peste viendra en Europe quand il lui plaira. Qu'il s'agisse de la peste, du choléra ou de fièvre jaune, nous ne savons rien, absolument rien sur les épidémies.

Jusqu'ici on a attribué ces maladies au manque de salubrité ; je n'ai point repoussé les mesures hygiéniques, mais je n'ai jamais cru qu'elles pussent quelque chose sur leur développement. En voici une preuve :

Il y a eu en Égypte une épizotie effroyable qui a enlevé 700 mille bœufs ; eh bien ! la plus grande quantité de ces bœufs a été jetée dans le Nil. Il y avait plus de 400 mille bœufs en putréfaction ; une infection épouvantable se répandit à la ronde, et cependant la peste ne parut pas.

En 1832, une épidémie a enlevé 35 mille individus au Caire, ce qui suppose plus de 60 mille individus frappés de l'épidémie ; tous les cadavres ont été mis à fleur de terre ; une infection effroyable se répandit partout, et la peste cessa.

M. Bégin : La discussion ne peut s'établir sur cette base. M. Clot-Bey pense que, dans le rapport de l'Académie sur la peste, il y a des erreurs à redresser et des vérités à ajouter. Eh bien ! que M. Clot-Bey veuille bien rédiger un travail dans lequel il précisera les points à discuter, et l'on discutera alors avec avantage.

M. Clot-Bey consent à renvoyer la discussion, et s'engage à présenter un travail écrit.

— M. Collineau lit, en son nom et celui de MM. Espiaud et Gérandin, un rapport sur un mémoire de M. Monneret, ayant pour titre : *Description et valeur séméiotique de quelques symptômes des maladies du foie.*

M. Monneret est parvenu à observer et à retrouver des symptômes qui, passés sous silence ou à peine indiqués dans un grand nombre d'écrits modernes, sont cependant étudiés dans des ouvrages anciens.

Dans ce travail, il s'agit particulièrement de la fièvre et hémorrhagies liées aux affections du foie.

« La fièvre hépatique peut être continue, rémittente ou intermittente. Dans ces deux dernières formes, qui ont fixé plus particulièrement l'attention de l'auteur, les symptômes sont variables en nombre, en durée et en intensité, à tel point qu'il faut quelquefois toute l'attention, toute la sagacité du malade et du médecin, pour les reconnaître, les observer exactement, et ne pas les confondre avec ceux des fièvres paludéennes ou de quelques mouvements fébriles nés de causes différentes et diverses. »

Des observations qu'il a faites, ainsi que de ses recherches dans les auteurs, M. Monneret arrive aux propositions suivantes, savoir : que les maladies hépatiques peuvent être séparées en deux classes très-distinctes, les unes déterminant la fièvre, les autres restant apyrétiques ; que les premières indiquent toujours un état inflammatoire plus ou moins complet, suivant le type et l'intensité de l'état fébrile, en exceptant toutefois les congestions si communes dans le foie pendant le cours des fièvres intermittentes, congestions qui sont de même nature que celles qui, par la même cause, se forment dans la rate ou dans d'autres parties, et dont les fièvres pernicieuses offrent de funestes exemples ; que le type de la fièvre intermittente hépatique se retrouve dans les abcès du foie et dans ces phlegmasies disséminées que produit le pus qui a pénétré dans le torrent circulatoire ; que toutes les fois que cette fièvre devient continue, la congestion devient plus étendue et plus évidemment inflammatoire.

Après avoir appuyé ses propositions de plusieurs exemples, et reconnu l'importance de la fièvre paroxystique comme signe de la nature inflammatoire des affections du foie, M. Monneret termine la première partie de son mémoire par le résumé suivant :

La fièvre hépatique présente les caractères indiqués dans les congestions inflammatoires, dans la suppuration, dans le ramollissement phlegmasique du foie, dans la phlébite de la veine porte et dans les phlegmasies de l'appareil d'excrétion biliaire.

Elle manque, au contraire, dans l'ictère spasmodique, saturnin, dans l'hypertrophie simple, l'état gras, les kystes, les indurations, les hydatides et le cancer, tant que le produit morbide déposé n'a pas excité d'inflammation.

Passant ensuite aux hémorrhagies, assez fréquentes dans les maladies du foie, M. Monneret les regarde comme très-souvent dépendantes de ces maladies. Les hémorrhagies les plus fréquentes, sans parler de l'épistaxis, ont lieu, dit M. Monneret, par la membrane muqueuse du rectum et des autres parties de l'intestin ; par l'estomac, la bouche ; par l'utérus ; plus rarement par la voie respiratoire et le tissu cellulaire des organes. Sur vingt observations de ces hémorrhagies qu'a recueillies

M. Monneret, il les a rencontrées : 1° chez des sujets affectés d'une congestion inflammatoire fébrile accompagnée d'ictère ; 2° dans les hypertrophies avec ou sans induration de tissus ; 3° dans le cancer du foie plus fréquemment que dans toute autre affection ; 4° dans la phlébite de la veine porte ; 5° dans cette forme de la cirrhose qui s'accompagne d'atrophie, d'induration et affecte une marche chronique.

M. le rapporteur résume son jugement en ces termes :

Ce mémoire nous a offert beaucoup d'intérêt, et nous semble de nature à devenir très-utile aux praticiens, et surtout à ceux qui voudront se livrer à des recherches analogues : les exemples sont bien choisis, les conséquences générales bien déduites, et les opinions particulières de l'auteur sont exposées avec la réserve que commande l'extrême difficulté du sujet, qu'il considère d'une manière plus exacte, plus étendue et plus approfondie qu'on n'a coutume de le faire. Toutefois nous ne pouvons pas dire que quelques augmentations et quelques corrections ne soient pas à désirer.

En conséquence, votre commission a l'honneur de vous proposer le dépôt aux archives et des remercîments à l'auteur, avec recommandation de continuer ses travaux, qui lui paraissent dignes de toute l'attention et de toute la bienveillance de l'Académie. (Adopté.)

DES JOURNAUX ÉTRANGERS.

Journaux allemands, anglais, italiens, etc.

---

22. *Sur les murmures anémiques et leur diagnostic;* par le docteur H. M. Hughes.

(Guy's hospital reports.)

Dans ce mémoire, l'auteur s'est beaucoup moins proposé d'aborder l'examen des théories qui divisent encore les physiologistes, relativement au siége et au mode de production des bruits dits *anémiques*, qu'à les caractériser d'une manière précise et à les différencier des bruits dits *organiques*, avec lesquels ils peuvent être si facilement confondus dans certains cas. D'après l'expérience de l'auteur, voici quels sont les principaux caractères des murmures cardiaques anémiques. Le timbre doux n'est pas tant, suivant lui, le signe principal de ces bruits que leur caractère remarquablement court et brusque, et aussi leur localisation excessive. En effet, ces bruits peuvent être et très-forts et très-rudes, sans être râpeux toutefois, ce qui est rare; mais ce qui est plus remarquable, c'est que, malgré leur intensité, on ne les perçoit ni au-dessous des mamelons ni dans l'aisselle, comme cela a lieu généralement pour les bruits aortiques de cause organique, et même on ne les retrouve pas sur le trajet de l'aorte ascendante et de la crosse de cette artère. Ce qui prouve encore la localisation extrême de ces bruits, c'est qu'il suffit de déplacer le stéthoscope de un ou deux pouces, à droite ou à gauche, en haut ou en bas, pour ne plus les entendre. En même temps que ces bruits cardiaques, il existe généralement sur les parties du cou un murmure continu, et un souffle intermittent dans les artères plus prononcé que celui que donne, dans les circonstances ordinaires, la pression exercée par le stéthoscope. Les caractères spéciaux des murmures cardiaques anémiques sont donc d'être courts et brusques, quoique souvent très-fortement ronflants, d'être perçus au niveau des valvules aortiques, et cependant de ne s'entendre ni sous le mamelon, ni dans l'aisselle, ni même sur le trajet de l'aorte ascendante; de s'accompagner ordinairement de l'aspect général et des signes constitutionnels de l'anémie, et en particulier d'un murmure veineux continu sur les parties latérales du cou, de battements secs et

brusques du cœur, de petitesse, de brusquerie, de fréquence et de vibration du pouls, et d'un souffle intermittent très-fort dans les artères. Quant aux caractères diagnostiques différentiels qui distinguent les murmures cardiaques anémiques des organiques, l'auteur les résume dans les proportions suivantes : En ce qui touche les murmures anémiques, 1° l'anémie est une condition nécessaire; 2° il n'existe presque constamment chez les jeunes sujets aucun antécédent de maladie congéniale du cœur ou de rhumatisme; 3° les murmures anémiques font défaut quand le pouls est lent; 4° le pouls est en rapport direct avec l'impulsion du cœur; 5° on les observe surtout chez des sujets peu avancés en âges; 6° l'existence des murmures veineux est un fait presque constant dans les conditions ordinairement favorables à la production de ces murmures; 7° les murmures anémiques ont pour siége exclusif le voisinage des valvules aortiques; 8° on les entend toujours en même temps que la systole ventriculaire, mais seulement si le pouls est fréquent et vibrant; 9° on les perçoit aussi bien pendant l'inspiration que pendant l'expiration. En revanche, les bruits organiques : 1° ne coïncident pas nécessairement avec l'anémie; 2° présentent comme antécédents presque constants, chez les jeunes sujets, une maladie congéniale ou un rhumatisme; 3° coexistent même avec la lenteur du pouls; 4° ne s'accompagnent pas nécessairement d'une coïncidence parfaite entre l'état du pouls et l'impulsion du cœur; 5° se retrouvent surtout, mais non exclusivement, chez des sujets avancés en âge; 6° ne se combinent pas, même dans les cas d'anémie, avec le murmure veineux; 7° n'ont pas toujours le même siége de maximum, au niveau des valvules aortique. Enfin les bruits qui se passent dans le péricarde ou la plèvre se distinguent des bruits anémiques principalement par leur double isochronisme avec les deux mouvements du cœur pour les premiers, avec les deux mouvements respiratoires pour les seconds; et quant au bruit de souffle pendant l'inspiration, signalé par quelques auteurs au niveau de la partie supérieure du côté gauche de la poitrine, comme résultant d'une compression exercée dans ce mouvement sur une des grandes artères, sa coïncidence même avec l'inspiration en forme le caractère distinctif.

---

32. *De la ponction du crâne dans l'hydrocéphale.*

(Edinb. journ. of med.)

Dieffenbach, après avoir pratiqué trois fois, et sans succès, la ponction du crâne avec une aiguille à cataracte, dans des cas d'hydrocéphale, avait fini par proscrire absolument cette opération, et n'hésitait pas à la condamner comme un assassinat scientifique (*Wissenschaftlicher Todtschlag*). Dans l'hydrocéphale aigu disait-il, elle renouvelle ou augmente l'inflammation : dans la forme chronique, elle prive de l'influence favorable que pourrait exercer la pression du cerveau en voie de développement. Petit assure que l'opération est toujours mortelle, que le malade ne survit jamais au delà de 40 heures, et que souvent la vie ne s'est pas prolongée plus de 5 heures après la ponction. Tous les auteurs n'ont pas fait à la ponction du crâne une opposition aussi vive ; quelques-uns même ont persisté à la conseiller, en lui attribuant des succès de nature à encourager les médecins. C'est ainsi que, suivant West, sur 63 cas où l'opération a été pratiquée, sept fois le résultat ne fut ni bon ni mauvais, 40 malades succombèrent, et 16 guérirent. Ce relevé est loin d'être exact, et le nombre des guérisons authentiques doit être réduit à trois ou cinq au plus.

Le docteur Battersby (*Edinb., journ.*, juillet 1850) a repris avec une juste critique ce sujet important. Après avoir exposé toutes les opinions qui ont été émises, et les raisons sur lesquelles elles se fondaient, l'auteur insiste sur les diverses formes d'hydrocéphale aigu, sans rien ajouter aux classifications anatomiques déjà connues ; il rapporte ensuite plusieurs histoires d'hydrocéphale où il a cru devoir reconrir à la ponction. Nous lui empruntons les trois observations suivantes :

1° Élise D., 9 semaines. Dès le quatorzième jour après la naissance, la tête a commencé à augmenter de volume ; sa circonférence est de 19 3/4″; la surface, depuis la racine du nez jusqu'à l'occiput, est molle ; la fontanelle antérieure a la largeur de la main. Les yeux sont fixes, les pupilles à demi cachées sous les paupières. La vision est bonne, le corps bien développé; excepté un peu de constipation, pas de signe de maladies. Les parents sont jeunes et vigoureux. On applique un bandage de diachylon. Deux mois après (12 mars), les dimensions sont sensiblement augmentées ; fluctuation évidente. Le bord supérieur de l'orbite est plus saillant, crépitation sous la pression du doigt autour de la racine du nez et des orbites.

Le 20 mars, on introduit une aiguille à cataracte dans la fon-

tanelle antérieure, à un demi-pouce du sinus longitudinal ; on évacue, à l'aide d'un trocart, environ 17 onces d'un liquide clair, légèrement coloré par le sang. Après l'opération, l'enveloppe du crâne est molle et relâchée. Pendant les jours suivants, la ponction est renouvelée huit fois, et on extrait ainsi environ 89 onces de liquide; de légers symptômes inflammatoires apparaissent, mais ne tardent pas à se dissiper ; l'ossification du crâne fait des progrès rapides.

Le 24 juillet, la circonférence de la tête est de 23″; sommeil continu ; corps froid, immobile ; œdème de la portion occipitale.

Mort le 5 août, quatre mois après la première ponction, et deux jours après la huitième.

Autopsie. — La face supérieure du cerveau est complétement ramollie ; au centre du cerveau, une excavation remplie de sérum transparent; toutes les parties situées entre les ventricules latéraux, le septum pellucide, la faux, etc., manquent; il en est de même du corps calleux et des plexus choroïdes. La corne postérieure du ventricule latéral se confond avec la cavité. Le troisième ventricule est peu profond ; pas de commissure molle ni de glande pinéale. La surface interne de la cavité est revêtue d'une membrane séreuse sans vaisseaux rouges ; le cervelet est ramolli, les nerfs sont à l'état normal ; à l'extérieur on ne distingue aucune trace des ponctions successives, sur la face interne de l'excavation pathologique, on aperçoit de petites cicatrices. Le poids spécifique du liquide variait entre 1007 et 1014. La quantité d'albumine était par conséquent très-variable. Beaucoup de chlorure de calcium et de sodium, de petites quantités de sulfate de soude et de phosphate de chaux, des traces d'alcali libre ; réaction alcaline.

2° John W., 9 mois. Probablement né avant terme. La mère est d'une constitution délicate ; elle a déjà perdu un enfant mort de convulsions, au bout de quelques semaines. Dès le troisième mois, la tête a augmenté de volume à la suite d'accès convulsifs. Les yeux sont profondément enfoncés, bord libre des paupières enduit de mucus ; crépitation au-dessus de l'orbite ; circonférence de la tête, 24″; muscles mous et atrophiés ; pouls faible, petit ; peu d'appétit, peu d'urines, beaucoup de sommeil, réveil en sursaut.

Le 31 mars, ponction avec un trocart ; 9 onces environ d'un liquide clair s'écoulent immédiatement.

Mort le 5 avril.

Autopsie.— Pas de roideur cadavérique. La plus grande portion du cerveau est recouverte seulement par la dure-mère et la

peau ; peu de sang dans le sinus longitudinal ; la faux peu développée. Le cerveau forme comme un grand sac contenant plus de 3 *quarts* de liquide, avec des parois dures et de couleur grisâtre. Le corps calleux, le septum pellucide, la voûte, le cinquième ventricule, ont complétement disparu ; les couches optiques et les corps striés manquent en partie ; le troisième ventricule est très-élargi ; pas de commissure molle.

3° Fille de 6 mois, ayant souffert presque constamment de convulsions. Trois ou quatre semaines après la naissance, développement excessif de la tête ; circonférence, 17″. L'os frontal est partagé de la racine du nez à l'occiput ; le crâne n'est recouvert que par la peau.

Le 15 août, ponction avec un trocart fin dans la fontanelle antérieure ; il s'écoule 2 onces d'un liquide clair, légèrement alcalin, assez riche en sels, pauvre en albumine.

Le 1er octobre, la circonférence est de 20″.

Le 5 novembre, circonférence, 21″. Le front fait saillie ; amaigrissement, constipation.

Mort le 24 janvier.

Autopsie. — Pas de liquide dans l'arachnoïde ; les circonvolutions cérébrales sont très-manifestes ; plusieurs kystes contenant de 2 à 5 onces de liquide, situés entre les ventricules latéraux très-dilatés, et recouverts par une lame de substance cérébrale aussi mince qu'une feuille de papier. L'auteur regarde cette forme d'hydrocéphale enkystée, dont on a déjà rapporté des exemples, comme due à un arrêt de développement et ne dépendant pas d'une lésion inflammatoire.

---

24. *Fistule de l'estomac*; observation par M. W. Robertson, médecin de l'infirmerie royale d'Edimbourg.

(Monthly journal).

Il n'est personne qui ne se rappelle le fait de ce jeune Canadien dont M. de Beaumont a tracé l'histoire, et chez lequel ce médecin a fait, grâce à la fistule stomacale dont il était porteur, les plus intéressantes recherches sur la digestion. La science possède un certain nombre d'observations de ce genre, parmi lesquelles il en est quelques-unes qui ne sont pas restées tout à fait stériles pour la science. Telle est, entre autres, celle recueillie par Circaud (*Journal de physique*, t. LIII, p. 156) sur une femme qui, à la suite d'une chute sur la région épigastrique, vit s'éta-

tablir dans cette région une fistule stomacale; tel est aussi le cas qui a permis à Helm d'étudier les phénomènes de la digestion stomacale sur une femme de 50 ans, chez laquelle, à la suite d'un abcès, l'estomac s'était mis en communication avec l'extérieur *Zwey* (*Krankengeschichten*; Vienne, 1803). La malade qui fait le sujet de l'observation suivante et qui est soumise en ce moment à l'examen d'une commission nommée par la Société médico-chirurgicale d'Edimbourg, et composée de MM. Syme, Goodsir, Christison, Bennett, Douglas Maclagan et W. Robertson, fournira très-probablement une nouvelle page à ajouter à l'étude des phénomènes de la digestion sur l'homme vivant. En attendant le moment probablement un peu éloigné où cette commission fera son rapport, nous croyons devoir donner les détails de ce qui a trait à la fistule stomacale proprement dite.

Une femme non mariée, âgée de trente-six ans, travaillant habituellement aux travaux des champs, entra à l'infirmerie royale le 11 novembre dernier. A partir de l'âge de quatorze ans, elle avait ressenti de temps en temps des douleurs lancinantes dans le côté gauche de l'épigastre et sous les cartilages des dernières côtes du même côté. Ces douleurs n'augmentaient pas par la pression; elles continuèrent à se produire à divers intervalles pendant sept années, sans être accompagnées de signes de dyspepsie, autres que de la constipation, des éructations, et une distension flatulente de l'abdomen. Menstruée régulièrement depuis l'âge de 15 ans, elle eut un enfant à 22 ans. Trois ans après, elle s'aperçut de la présence d'une tumeur molle, élastique (probablement flatulente), située entre le ligament de Poupard et les fausses côtes du côté gauche; cette tumeur changeait souvent de place; elle finit par disparaître à l'âge de 26 ans, après une diarrhée qui avait duré six mois. Jusqu'à cette époque, la malade avait été forte et capable de travailler. La diarrhée ne l'empêchait pas de vaquer à ses occupations, et l'appétit était bon. En 1842, elle s'aperçut pour la première fois d'une tumeur située au côté gauche de l'épigastre, qui avait plus du volume d'un pois; elle était dure, douloureuse, sensible, mais sans changement de couleur à la peau; elle augmenta rapidement de volume pendant deux années, et finit par acquérir le volume d'une grosse orange; elle commença alors à s'affaisser, et trois mois après elle avait entièrement disparu. Elle ressentit encore de la douleur et de la sensibilité vers le même point, au mois de septembre 1844; à cette époque, une tache noirâtre, du volume d'une demi-couronne, se montra à l'épigastre. A partir de ce moment, la sensibilité générale commença à s'altérer; cependant

elle travailla encore aux travaux des champs, et l'appétit continuait d'être bon. Dans la soirée du 2 octobre 1844, la malade était occupée à blanchir son linge, lorsqu'elle sentit le point noir se déchirer et du liquide (*du sang et de l'humeur*, suivant son dire) s'échapper par une fente de cette tache noire. Elle avala successivement de l'eau et du lait, et ces deux liquides s'écoulèrent aussitôt par l'ouverture. Elle se borna à faire application d'un bandage sur l'ouverture ; au reste, quand ce bandage était enlevé, une espèce de valvule venait fermer l'ouverture (c'était probablement la membrane muqueuse). Sans autre traitement, vers la fin de janvier 1845, l'ouverture était complétement cicatrisée, et elle resta ainsi pendant une année. Cependant la malade continuait à souffrir au niveau de la cicatrice et ne pouvait pas se livrer aux travaux des champs. Au commencement de 1846, la cicatrice rougit ; de petites pustules se formèrent à la surface, bientôt suivies d'ulcérations et du rétablissement de l'ouverture de communication avec l'estomac. Vers la fin de mars 1846, la fistule se cicatrisa de nouveau ; mais en juin 1847, l'ulcération se reproduisit pour la troisième fois ; et depuis cette époque, la fistule a persisté sans interruption. Pendant les trois dernières années, la malade a gardé presque constamment le lit, se bornant à maintenir l'ouverture fermée avec une compresse maintenue au moyen d'un bandage. A son entrée à l'hôpital, cette malade était dans l'état suivant : coloration normale ; un peu de maigreur, mais sans grand affaiblissement musculaire ; pouls à 70 ; respiration lente et facile ; langue nette avec quelques légères fentes transversales ; bon appétit (la malade prend peu d'aliments à la fois) ; pas de soif ; pendant la digestion, il y a toujours plus ou moins de douleur vers la région de l'estomac et autour de l'orifice externe de la perforation ; constipation habituelle, nécessitant souvent l'emploi des purgatifs ; urines peu abondantes, menstruation régulière, bon sommeil. Quant à la perforation, elle est située à 2 pouces 1/2 environ de la ligne médiane, à 3 pouces 1/2 de l'ombilic, près du cartilage de la huitième côte gauche ; elle est ovalaire et pourrait loger le pouce d'un adulte ; les bords sont arrondis, déprimés, durs et rouges, présentant çà et là de petits points d'ulcération ; autour, dans un espace de 2 pouces environ, les téguments sont rouges et indurés, ulcérés ou excoriés même dans quelques points. En introduisant le petit doigt dans l'orifice profondément, on sent de la résistance, si on le porte en bas et à gauche ; mais dans la direction du pylore, il pénètre facilement. En regardant par l'ouverture, dans un beau jour, on aperçoit la membrane muqueuse de la paroi postérieure

de l'estomac; et si la malade avale une gorgée de lait, on voit celui-ci couler immédiatement au dehors sur la fistule. Un examen fait au moyen de l'introduction d'un cathéter dans l'estomac a semblé indiquer que la perforation de l'estomac avait eu lieu au travers de la paroi antérieure, non loin de la grande courbure, et probablement à quelques pouces du cardia.

---

25. *Abcès de la cuisse communiquant avec la cavité de l'intestin à travers le trou obturateur*); par M. Fergusson.

(The Lancet.)

L'observation suivante est digne d'intérêt, parce que le malade présentait quelques symptômes de la hernie obturatrice; et cependant l'événement a prouvé qu'il n'y avait pas eu hernie, mais bien une altération particulière de l'intestin qui avait déterminé une perforation dans le voisinage du trou obturateur; altération et perforation dont la cause est restée inconnue. Voici le fait : un plâtrier âgé de 53 ans entra dans le service de M. Fergusson le 30 novembre 1849, avec tous les symptômes d'une hernie inguinale étranglée, c'était un homme d'une constitution assez grêle, qui portait deux hernies inguinales, l'une à droite depuis vingt ans, l'autre à gauche depuis cinq ans. Quelques semaines auparavant, il avait éprouvé de la douleur à la partie interne de la cuisse gauche et un peu de gêne dans le mouvement du membre correspondant. La hernie gauche avait glissé sous le bandage et était devenue douloureuse. Les vomissements dataient de la veille; ils étaient fréquents et accompagnés de beaucoup d'angoisses et de douleurs dans la cuisse. La hernie fut réduite sans trop de difficulté. Un nouveau bandange fut appliqué, et le malade retourna chez lui. Dans la soirée, les vomissements et les douleurs reparurent; la hernie, qui s'était reproduite fut réduite de nouveau. Pendant deux jours cependant, les vomissements et les douleurs continuèrent; les vomissements avaient même l'odeur des matières fécales. Deux lavements purgatifs n'entraînèrent que quelques scybales. Après le second lavement, la douleur dans la cuisse diminua, et le malade devint assez calme. La langue était chargée, le pouls accéléré, la peau un peu chaude. Cependant on ne trouvait aucune tumeur herniaire à l'une des ouvertures abdominales externes. L'abdomen, quoique assez fortement distendu, n'était pas sensible à la pression. Il y avait de la douleur sur le trajet des vaisseaux fémoraux, surtout au niveau de l'anneau crural.

Les garde-robes étaient assez libres ; mais les vomissements et la sensibilité dans l'aine augmentaient. Le 15 novembre on découvrit dans ce point une tumeur lisse, dense, élastique, sensible au toucher, qui paraissait siéger sous l'aponévrose et les muscles abducteurs, et à la surface de laquelle il y avait quelques ganglions légèrement engorgés. Ce jour-là, les vomissements cessèrent ; le gonflement et la tuméfaction diminuèrent dans l'abdomen. Cependant la tumeur faisait des progrès ; on crut y reconnaître, à la pression, une espèce de gargouillement, qui devint de plus en plus marqué. Enfin, le 3 janvier, sept semaines après l'entrée du malade à l'hôpital, la tumeur était devenue si volumineuse que l'on pouvait se demander si elle s'était faite par le trou obturateur ou par l'anneau crural. Une ponction exploratrice, pratiquée le 17 janvier, vint lever tous les doutes, relativement à la nature de la tumeur ; en effet, elle donna issue à une quantité de pus jaunâtre, mélangé à beaucoup de gaz fétides. Le 22, M. Fergussion se décida à ouvrir largement l'abcès : il fit une incision de 2 pouces, arriva sur le *fascia lata*, qu'il divisa avec précaution, découvrit le muscle long adducteur, qu'il coupa en travers, arriva sur l'abcès, dans lequel il plongea l'instrument ; il s'en échappa une grande quantité de liquide séreux et mal lié, exhalant une odeur horriblement fétide d'hydrogène sulfuré. En portant le doigt dans l'abcès, M. Fergusson reconnut qu'il s'étendait au loin, qu'il n'y avait pas de communication avec l'abdomen par l'anneau crural, mais bien par le trou obturateur, dans lequel l'extrémité du doigt pouvait pénétrer. Les jours suivants, la plaie fournit une suppuration fétide et d'une odeur rappelant celle des matières fécales. Toutefois il y avait de temps en temps quelques évacuations de matières par les voies naturelles. Bientôt le malade tomba dans le marasme ; et le 13 février, il succomba trois mois après son entrée, et vint-sept jours après l'ouverture de l'abcès. — L'*autopsie* montra l'existence d'un abcès communiquant avec la partie inférieure du jéjunum, qui avait contracté des adhérences au niveau du trou obturateur gauche. L'intestin s'ouvrait par une petite ouverture dans un abcès situé au-dessous du péritoine, abcès qui se portait au dehors, suivant deux directions, et par le trou obturateur avec l'artère et la veine, et par la partie supérieure du grand trou sciatique. Ces deux trajets de l'abcès se réunissaient à la partie antérieure de la cuisse, pour former un sac volumineux, au devant du muscle obturateur externe et de la capsule de l'articulation de la hanche qui formait une des parois de l'abcès. L'articulation était parfaitement saine ; il en était de même de la veine et de l'artère fémorales, des

muscles adducteurs et pectinés ; le muscle obturateur externe était au contraire détruit. Au-dessous de la perforation de l'intestin, les anses de l'iléon étaient soudées entre elles par des adhérences, comme si autrefois elles eussent fait partie d'une hernie. Dans le canal inguinal du côté correspondant, il y avait un sac herniaire très-volumieux. Le cœcum était distendu par des gaz, et contenait quelques scybales peu colorées. Le colon transverse et descendant était vide et était revenu sur lui-même; ce dernier avait contracté des adhérences avec les anses d'iléon dont il a été parlé plus haut.

---

26. *Observations d'urines albumineuses et graisseuses* ; par le docteur H. Bence Jones, médecin de l'hôpital Saint-Georges.

(London medico-chirurgical transactions.)

Les cas d'urines graisseuses ou chyleuses sont tellement rares, et l'on a si rarement occasion d'étudier les circonstances particulières qui favorisent ou contrarient la présence de ces matériaux particuliers dans l'urine, que nous croyons utile de donner avec quelques détails l'observation si intéressante, rapportée par M. Bence Jones. Le 17 octobre dernier, dit ce médecin, on me remit trois flacons remplis d'urine, rendue à différentes heures de la journée ; deux d'entr'eux refermaient une urine dont la composition chimique comprenait de la graisse, de la fibrine, de l'albumine, et des globules sanguins. Le malade qui avait rendu cette urine était un homme de 32 ans, né à la Trinité, mais habitant l'Écosse depuis son enfance, qui, l'hiver précédent, s'était beaucoup fatigué au travail et à la marche, et qui, depuis plusieurs années, éprouvait des privations. Depuis la fin de décembre de l'année précédente, il avait remarqué que l'urine était de temps en temps épaisse et blanchâtre, et que de temps en temps elle déposait un sédiment rosé. Il consulta un médecin pour ces accidents et pour une faiblesse générale et des douleurs dans le dos ; on lui prescrivit du fer, qui lui fit du bien. Néanmoins l'urine s'altérait de plus en plus, et il fut forcé de quitter son travail à la fin de mai. Quand M. Bence Jones fut appelé à l'observer, le pouls était à 72, très-petit ; la langue chargée légèrement à sa base ; la peau froide, avec un peu de perspiration ; douleurs vives de temps en temps dans le dos, surtout quand il veut changer de position ; assoupissement ; appétit très-bon ; il avait eu des douleurs dans le pouce droit quelque temps auparavant, mais pas de rhumatisme généralisé. A partir de ce moment, M. Bence

Jones a commencé une série d'expériences intéressantes qu'il nous reste à faire connaître. Avant de commencer aucun traitement, j'engageai le malade, dit ce médecin, à tenir continuellement note de l'aspect de l'urine chaque fois qu'il en rendait, et de tenir note en même temps des différentes espèces d'aliments. D'après ses observations, l'urine était toujours très-claire avant le déjeûner, et plus le régime était animalisé, plus l'urine était chyleuse. Du 6 au 16 novembre, M. Bence Jones soumit le malade à un régime aussi peu végétal que possible; du 16 au 30, à un régime beaucoup plus végétal; et du 30 au 2 décembre, à un régime plus animalisé. Or, dans les 10 premiers jours, l'urine fut chyleuse 54 fois, légèrement chyleuse 32 fois; non chyleuse 5 fois; dans les 14 jours de la seconde série, urines très-chyleuses 2 fois, chyleuses 20 fois, légèrement chyleuses 40 fois, non chyleuses 29 fois; dans les 3 jours de la troisième série, urines très-chyleuses 3 fois, chyleuses 3 fois, légèrement chyleuse 8 fois, non chyleuses 3 fois; autrement dit, sur 88 observations d'urines rendues sous l'influence du régime animalisé, ces urines ont été 3 fois très-chyleuses, 37 fois chyleuses, 40 fois légèrement chyleuses, et 8 fois non chyleuses; tandis que, sur 91 analyses d'urines rendues pendant le régime végétal, les urines ont été 2 fois très-chyleuses, 20 fois chyleuses, 40 fois légèrement chyleuses et 29 fois non chyleuses. Le régime animal paraissait donc plus favorable que le végétal à la production des urines chyleuses; mais que le régime fût végétal ou animal, l'urine était bien plus chyleuse après dîner qu'avant déjeuner; et pendant le régime végétal, les urines rendues avant le déjeuner étaient souvent non chyleuses. M. Bence Jones fit ensuite trois autres séries d'expériences, pour savoir si une compression forte exercée sur l'abdomen et sur les reins, ou si l'absence de cette compression changeaient quelque chose à la production de ces urines. Le résultat fut que, pendant la durée de la compression, l'urine était moins chyleuse; mais la différence était peu considérable. Passant ensuite à l'étude des médicaments et de leur influence sur l'urine, M. Bence Jones fit prendre successivement à son malade une infusion de feuilles de *matico* (de 2 à 8 drachmes par pinte d'eau bouillante, de 2 à 8 onces par jour), puis une solution d'acide gallique (1 drachme). Sous l'influence du matico, amélioration évidente. 89 analyses pour 14 jours d'expériences: 1 fois urines très-chyleuses, 10 fois chyleuses, 28 fois légèrement chyleuses, 50 fois non chyleuses; mais par l'acide gallique la modification fut bien autre. Commencé le 13 février, ce médicament avait fait disparaître toute trace de graisse et

d'albumine après 2 jours. Continué pendant 53 jours, on ne trouve plus trace de ces substances ni pendant son usage ni après la cessation. Trois mois après, l'altération de l'urine ne s'était pas reproduite, quoique le malade eût repris son travail. En résumé, la proportion des urines chyleuses à divers degrés aux urines non chyleuses a été, pour 1,000 observations sous l'influence du régime animalisé:: 968: 32; sous l'influence du régime végétal:: 910: 90; sous l'influence de la compression du ventre:: 667: 333; sans cette compression:: 638: 362: pendant l'usage du matico:: 474; 526; pendant l'emploi de l'acide gallique:: 17: 983; après l'usage de l'acide gallique:: 0: 1,000.

Le second fait rapporté par M. Bence Jones est d'autant plus intéressant, que l'on peut y voir combien est légère l'atération des reins qui donne naissance à des urines prétendues chyleuses. Une femme de 35 ans, mariée et mère de 4 enfants, tous morts d'hydrocéphale, entra à l'hôpital Saint-Georges le 27 juin 1840; elle avait eu à plusieurs reprises du gonflement de la face et des jambes, et depuis six mois, elle avait de l'anasarque; elle avait eu souvent des rhumatismes. Quelques jours après son accouchement, cinq mois auparavant, le bras gauche avait été œdémateux et paralysé. Dyspnée et palpitation avec orthopnée, et toux sèche habituelle; teint pâle et jaunâtre; pouls à 126, très-petit et faible, assez inégal; 40 respirations par minute; langue nette; évacuations naturelles; urine naturelle pour la quantité, mais épaisse et brune. Cinq mois auparavant, elle avait eu une hémoptysie. Impulsion du cœur forte et énergique; bruit de souffle au premier bruit au-dessous et au-dessus de la mamelle gauche; râles sonores et muqueux; légère égophonie au sommet du poumon gauche. A son entrée, les urines étaient légèrement albumineuses. Un mois après, les urines étaient d'un blanc jaunâtre et contenaient un caillot blanchâtre volumineux, semblable au coagulum du petit-lait, et adhérent en partie aux parois du vaisseau. Elles étaient acides, d'un poids spécifique de 1017, se coagulaient par la chaleur et par l'acide nitrique; seulement elles ne se coagulaient pas par la chaleur, lorsqu'on avait d'abord ajouté de l'acide acétique. Après la mort qui eut lieu quelque temps après, on trouva, en outre d'adhérences pleurales anciennes et de noyaux de pneumonie et d'apoplexie pulmonaire, en outre d'adhérences intimes des deux feuillets du péricarde, d'une dilatation considérable avec amincissement des parois du cœur, indépendamment d'un rétrécissement considérable de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche, on trouva la rate assez volumineuse, le foie extrêmement augmenté de volume et d'une

coloration cannelle, les reins un peu petits mais *sains*. Les autres organes ne présentaient rien de particulier.

---

27. *Sur l'état graisseux du cœur ;* par le docteur R. Quain.

(London med. chir. transactions.)

Le mémoire de M. Quain est l'un des plus complets qui aient été publiés sur cette question ; il est fondé sur 83 observations, dont 25 lui appartiennent ou lui ont été communiquées par d'autres personnes. L'auteur reconnaît d'abord, comme tous les auteurs des traités d'anatomie pathologique, que l'état graisseux du cœur se présente sous deux formes : ou bien la graisse s'étend d'abord à la surface du cœur, pour s'insinuer ensuite entre les fibres musculaires, qu'elle semble quelquefois avoir fait entièrement disparaître ; ou bien une matière graisseuse occupe et remplit la place de la fibre musculaire. Dans le premier cas, le tissu graisseux se développe en dehors du tissu musculaire, tandis que, dans le second, la fibre musculaire elle-même est dégénérée en tissu graisseux moléculaire.

Après une bonne description de ces deux états morbides, et un rapprochement très-naturel établi entre la dégénération graisseuse et quelques-unes des formes du ramollissement du cœur, M. Quain aborde l'étude des causes qui peuvent donner naissance à cette altération particulière du cœur ; il signale parmi les causes générales, d'après M. Ormerod, sur 25 cas, 3 cas d'hémorrhagie, 3 de phthisie, 1 de *délirium tremens*, 1 de cancer et 2 de fièvre ; et, d'autre part, quelques circonstances générales qui semblent indiquer une tendance à la transformation analogue dans divers autres points de l'économie, en particulier la coïncidence de l'*arcsénile*, ou dégénérescence graisseuse de la cornée avec celle du cœur, et celle de la dégénérescence graisseuse des artères. Parmi les causes locales, M. Quain cite la présence, 13 fois sur 33 cas, d'une lésion plus ou moins profonde des artères coronaires ; celle de l'endo et de la péricardite dans 17 cas, enfin la présence d'une dilatation du côté droit du cœur et de la congestion des veines coronaires, qui en est la conséquence. M. Quain cite encore l'influence du sexe (24 fois chez l'homme, 9 chez les femmes, ou de 15 à 7, suivant M. Ormerod) ; celle de l'âge (1 seul au-dessous de 20 ans ; 4 de 2 à 30 ; 4 de 30 à 40 ; et 15 ou près de la moitié après 60 ans) ; celle de l'embonpoint (12 sujets sur 23 étaient très-gras, 9 seulement n'avaient pas d'embonpoint).

M. Quain étudie ensuite les effets de la surcharge et de la dégénérescence graisseuse du cœur. Dans la première, sur le 15 cas, difficulté de respirer dans 9 ; syncope ou faiblesse dans 8 ; étourdissement et coma dans 5 ; douleur à la région du cœur dans 6, allant jusqu'à l'angine de poitrine dans 4. Sur les 15 cas, 14 ont été suivis de mort subite (10 par syncope, 3 par rupture du cœur, 1 par coma, 1 par maladie d'autres organes). Dans la deuxième, ou dégénérescence proprement dite, le cœur est souvent augmenté de volume (23 fois sur 33), ou d'un volume normal (8 fois), ou diminué de volume (4 fois) ; sa consistance est souvent diminuée, ce qui a causé souvent la rupture (25 fois sur 68). La rupture était complète dans les 25 cas, sauf dans 6 (rupture de la cloison ventriculaire, 1 ; rupture dans l'épaisseur des parois du ventricule gauche 2 ; *id.* du ventricule droit ; 1 ; rupture partielle des fibres internes de l'oreillette droite, 1 ; et de la surface externe du cœur, 1). Dans 3 de ces derniers cas, il y avait apoplexie cardiaque, dont une dans l'épaisseur du ventricule droit, et une autre avec un caillot déjà ancien et formant une espèce d'abcès enkysté. Enfin il y avait en outre 4 fois anévrysme partiel du cœur. Parmi les symptômes et les effets principaux de cette altération, M. Quain signale le *coma*, auquel 6 sujets succombèrent, la *syncope cardiaque* (21 sur 68 et 68 sur 83), si l'on rattache à cette syncope tous les cas dans lequels la mort a eu lieu d'une manière soudaine, la *dyspnée* et la *douleur*.

M. Quain fait ensuite des efforts pour arriver au diagnostic de cette lésion : suivant lui, si cette altération passe souvent inaperçue pendant la vie, c'est qu'on ne s'attache par à en chercher les manifestations. Il insiste sur l'état de faiblesse générale, la difficulté de respirer, les syncopes, le coma, la douleur à la région du cœur, l'état d'irrégularité, de faiblesse et de lenteur du pouls ; mais, quoi qu'il en dise, l'absence de signes physiques rendra probablement toujours impossible le diagnostic positif de cette affection. Toutefois il est un résultat des recherches de M. Quain qui ne doit pas être perdu, au point de vue de la médecine légale, et qui avait déjà été mis en relief par un mémoire que M. Aran a inséré dans ce journal : c'est que la dégénérescence graisseuse du cœur, comme du reste beaucoup d'autres altérations de cet organe, peut entraîner la mort subite. Ainsi que nous l'avons dit plus haut, 68 sujets atteints à divers degrés de l'état graisseux du cœur ont succombé subitement, dont 26 de syncope bien constatée ; et, sur les 68 décès, la dégénérescence graisseuse promprement dite en compte 42 sur 48 cas de cette espèce, dont 18 syncopes ; tandis que sur le 35 cas qui

paraissent se rapporter à une altération moins prononcée, surcharge ou dégérescence, il y a seulement 26 mort subites, dont 8 syncopes.

---

28. *Recherches statistiques sur les accidents secondaires de la syphilis* ; par le docteur Henri Lee.

(London Journal of medicine.)

Dans ce travail, l'auteur a cherché à éclairer par la statistique plusieurs questions obscures relatives aux accidents secondaires de la syphilis, et principalement aux circonstances de développement de ces accidents. Le nombre des faits rassemblés par M. Lee a été de 166, et la première question qu'il est posée a été de savoir quels avaient été les accidents primitifs éprouvés par les malades. Sur 166 malades, 67, ou 40,3 p. 100, avaient encore, au moment où ils furent examinés, une ulcération indurée ; 79, ou 47,5 p. 100, une ulcération mal caractérisée ; et chez 20 autres ou 12 p. 100, des femmes surtout, il n'y avait pas d'antécédents d'accidents primitifs : au moins les malades niaient-ils qu'ils en eussent jamais présenté. En fait d'accidents primitifs, un assez grand nombre de ces malades, 78, ou 47 p. 100, avaient présenté un bubon ; 33 d'entre eux, ou 19,8 p. 100, ne se rappelaient pas avoir eu de bubon ; 55, ou 33,1 p. 100, n'en avaient pas eu. Or, sur ces 166 malades, il y en avait 44, ou 26,5 p. 100, qui présentaient des éruptions papuleuses ; 15, ou 9 p. 100, des éruptions pustuleuses ; 60, ou 36 p. 100, des éruptions squameuses ; 30, ou 18 p. 100, des éruptions tuberculeuses, et 19, ou 11,4 p. 100, des taches cuivrées. Les ulcérations de la gorge étaient fréquentes : dans 63 cas, ou 32 p. 100, cette ulcération fut constatée ; dans 17 autres, ou 10,2 p. 100, la gorge était malade sans qu'elle fût ulcérée.

Quelle avait été l'influence de l'induration des chancres sur la production de telle ou telle forme des accidents secondaires ? quelle avait été aussi l'influence du traitement mercuriel subi par les malades ? Ces deux questions ont été éclairées par les recherches de M. Lee. Ce médecin a compris qu'il fallait surtout faire porter la statistique sur les hommes, chez lesquels la constatation des accidents primitifs est plus facile, et chez lesquels les renseignements sont toujours plus exacts que chez les femmes. Or, sur 48 cas d'hommes qui avaient un chancre induré, plus de la moitié, 26, ou 45 p. 100, avaient eu un bubon, et l'on comptait 19 ulcérations de la gorge (55,5 p. 100), 7, ou

14,5 p. 100, affections de la gorge, probablement sans ulcération, 15 éruptions papuleuses (31 p. 100), 6 éruptions pustuleuses (12,5 p. 100), 16 éruptions squameuses (33,3 p. 100), 8 éruptions tuberculeuses (16,6 p. 100), et 6 cas de taches cuivrées (12,5 p. 100); tandis que sur 40 cas où il n'y avait pas d'induration, le bubon avait été moins fréquent (18 cas ou 45 p. 100), et l'on comptait un peu moins de syphilides (éruptions papuleuses, 7 ou 17,5 p. 100; pustuleuses, 4, ou 10 p. 100; squameuses, 13, ou 32,5 p. 100; tuberculeuses, 6, ou 15 p. 100; taches cuivrées, 5, ou 12,5 p. 100); mais autant d'affections de la gorge (ulcérations, 18 cas, ou 45 p. 100; affections de la gorge, 2, ou 5 p. 100). — Quant à l'influence du traitement mercuriel, nous voyons sur 52 cas dans lesquels l'ulcération primitive a été traitée par le mercure, on compte 27 bubons, ou 51,9 p. 100; 11 cas d'éruptions papuleuses (21 p. 100), 7 d'éruptions pustuleuses (13,4 p. 100), 14 d'éruptions squameuses (26,9 p. 100), 11 d'éruptions tuberculeuses (21 p. 100), 8 de taches cuivrées (15,3 p. 100), 22 ulcérations de la gorge (42,3 p. 100), et 5 inflammations simples de la gorge (9,6 p. 100); tandis que sur 36 cas traités sans mercure, on compte 17 bubons, ou 47,2 p. 100; 11 éruptions papuleuses (30,5 p. 100), 3 pustuleuses (8,3 p. 100), 15 squameuses (41,6 p. 100), 3 tuberculeuses (8,3 p. 100); même proportion de taches cuivrées, 15 ulcérations de la gorge (41,6 p. 100), et 4 inflammations simples de la gorge (11,1 p. 100). Il semble résulter de ce qui précède, que lorsque le mercure est donné sans efficacité et ne triomphe pas de la maladie dont la constitution est imprégnée, il favorise plutôt qu'il ne contrarie le développement du bubon. — Les circonstances qui favorisent le développement de l'induration autour des ulcérations primitives paraissent être les mêmes que celles qui accompagnent le plus souvent l'éruption papuleuse : ainsi, dans le cas d'induration, on trouve 47 p. 100 de cas d'éruptions, et dans le cas contraire, 17 p. 100 seulement. — La fréquence comparative des différentes éruptions varie suivant le traitement qui a été suivi : les éruptions papuleuses, squameuses, sont plus communes après le traitement par des moyens locaux; les éruptions pustuleuses et tuberculeuses, après l'administration du mercure. Il y a entre ces diverses affections une régularité, qu'on peut représenter par la règle de trois suivante : papules 7 : squames 4 : : pustules 11 : tubercules 6. — Quant aux causes qui, dans le cas de traitement mercuriel, paraissent avoir fait échouer ce traitement, l'auteur compte, sur 166 cas, 32 dans lesquels ce

traitement n'avait pas été continué plus de trois semaines, 19 cas où il n'avait pas eu d'effet marqué, 11 cas où ses effets avaient été trop considérables, 4 dans lesquels les malades s'étaient exposés à des variations de température ou à l'air froid, 2 dans lesquels le ventre avait été dérangé, 3 dans lesquels il y avait eu interruption dans le traitement, 10 de traitement irrégulier, 7 de traitement commencé trop tard, 1 dans lequel l'éruption parut trois semaines après le commencement du traitement, trois cas joints aux 75 dans lesquels le mercure n'a pas été administré pour les accidents primitifs ; ce qui ne laisse que deux faits dans lesquels on ne peut expliquer pourquoi le mercure a échoué à empêcher les accidents secondaires ; et encore dans ces deux cas, on peut douter que le traitement ait été bien fait. On peut donc conclure de ce qui précède, que lorsqu'un traitement mercuriel modéré a été continué plus de quatre semaines à partir de l'apparition des premiers accidents, et sans être troublé par aucune cause énumérée plus haut, on observera très-rarement des accidents secondaires. Ce qui fait échouer trop souvent ce traitement, c'est, avec la prolongation insuffisante, le manque de régularité dans son exécution. On s'occupe trop souvent de la quantité de mercure administré et pas assez de ses effets sur l'économie : ce sont cependant ces données qui peuvent servir de critérium pour l'action thérapeutique.

---

29. *Syphilis à la suite de revaccination.*

(Preuss. Ver. Zeitung.)

Le fait suivant, rapporté par le docteur Weggeler, et qui a donné lieu à une action judiciaire, est curieux à divers titres. De nombreuses revaccinations furent pratiquées, en 1849, dans la ville de K..., où régnait une épidémie de variole ; à lui seul, un chirurgien revaccina dix familles les 14 et 15 février. Chez presque tous les sujets de piqûres dégénérèrent, après trois ou quatre semaines, en ulcères syphilitiques bientôt suivis, chez la plupart, d'accidents secondaires. C'est du moins ce qui résulte de l'avis de cinq docteurs qui jugèrent nécessaire d'employer un traitement mercuriel. L'âge de 19 individus ainsi atteints variait de 11 à 40 ans ; on ajoute que la moralité de *presque* tous était à l'abri du soupçon. L'enfant sur lequel avait été recueilli le vacin était âgé de 4 mois ; il était vigoureux, bien constitué, et parfaitement sain. Cependant, dès le 21 février, un médecin

constatait une éruption déjà formée à la face interne de la cuisse, aux fesses, au visage et la déclarait d'origine syphilitique. Chez cet enfant, vacciné le 4 du mois avec sept autres, les pustules s'étaient développées très-lentement, et c'est le 14 seulement que le chirurgien les avait jugées propres à fournir le vaccin qu'il recueillit. Un procès fut intenté ; nous citerons sommairement les principales conclusions du rapport médico-légal. Des faits précités, il résulte que l'enfant était syphilitique au moment où fut pris le vaccin. Des symptômes analogues se développant simultanément chez un si grand nombre d'individus dans des conditions très-diverses, ne peuvent relever que d'une même cause. Si l'affection vénérienne ne s'était pas encore manifestée au dehors, l'enfant la portait en lui, à l'état latent, dès avant la vaccination ; autrement, des accidents secondaires aussi manifestes n'auraient pas pu se produire en dix jours. La fièvre qui succède à l'inoculation a hâté et favorisé l'exanthème. Il est démontré que la syphilis se transmet d'autant plus facilement que le vaccin est recueilli à une époque plus avancée. Or, la dernière limite est le sixième, et en hiver le septième jour ; passé ce terme, le vaccin a perdu sa vertu spécifique, où s'il est encore inoculable, c'est que l'enfant était atteint de quelque maladie.

En conséquence le chirurgien fut déclaré avoir manqué aux préceptes de l'art, condamné à deux mois de prison et à une amende qui, avec les frais, monte à près de 50 thalers. Ce jugement et les motifs invoqués à l'appui soulèvent bien des questions importantes de pathologie et de médecine légale, encore indécises, et qu'il y a vraiment trop de présomption à tenir pour dûment et légalement résolues. Que penser de cette syphilis latente qui, de l'aveu des médécins légistes de Prusse, ne s'est encore manifestée par aucun symptôme, et qui cependant est inoculable et détermine des accidents primitifs ? Si la syphilis de l'enfant est douteuse, d'après les caractères qu'on lui assigne, celle des individus revaccinés est-elle constante ?

Qu'on nous permette, à ce sujet, de rappeler une cause d'erreur contre laquelle on ne saurait trop se prémunir. Il n'est pas très-rare de voir, chez les enfants à constitution lymphatique, les pustules vaccinales s'étendre, envahir presque tout le bras, et déterminer de larges ulcérations dont l'aspect rappelle les ulcères syphilitiques. Ces plaques à bords relevés et indurés sont couvertes d'une couche de vaccin qui, s'il a perdu des propriétés préservatives, reste au moins inoculable au delà du dixième jour. L'enfant, excité par la douleur, met sans cesse les mains

sur cette surface vive, et ne tarde pas à inoculer chaque petite écorchure où il porte ses doigts humides. Les ulcères, ainsi déterminés secondairement, sont quelquefois nombreux ; ils se groupent au hasard partout où une excoriation de la peau les favorise ; ils se rassemblent aux environs des parties génitales, et on comprend que plus d'un médecin, trompé par leur apparence, ait été disposé à les prendre pour des accidents vénériens. Il faut avoir acquis une certaine expérience de la syphilis des enfants du premier âge, pour se tenir en garde contre cette chance d'erreur.

Pendant qu'on condamnait, en Prusse, un chirurgien pour avoir transmis la syphilis par l'intermédiaire du vaccin, le docteur Fouquet, médecin militaire du même pays, conseillait la revaccination comme un moyen utile contre les accidents syphilitiques secondaires. Cet auteur cite, sinon comme preuves suffisantes, au moins à titre d'exemples encourageants, trois cas où vingt à vingt-cinq scarifications vaccinales, pratiquées à chaque bras, firent disparaître successivement les symptômes vénériens, sans qu'il eût recours à d'autres médications.

---

30. *Vaccine. — Pustule vaccinale développée dans un point du corps autre que celui de l'insertion du virus vaccin* ; par le docteur R. Oke Clark.

(London medical Gazette.)

On sait combien il y a eu de discussions entre les médecins du commencement de ce siècle, pour savoir s'il fallait admettre l'existence d'une éruption générale consécutive à la vaccination. Après avoir été contesté, ce fait est admis aujourd'hui, quoique quelques personnes pensent que l'on a pris souvent des varioles bénignes modifiées par la vaccination pour des boutons surnuméraires de vaccine ; mais, dans tous les cas, il y a toujours eu primitivement une pustule vaccinale qui avait parcouru une partie de ses périodes, lorsqu'a paru l'éruption générale. Le fait suivant serait bien autrement curieux, s'il a été bien observé (et nous devons reconnaître qu'il nous semble présenter toutes les conditions désirables d'authenticité), car il s'agit d'une pustule vaccinale développée dans un point autre que celui où a été faite l'introduction du vaccin. Voici ce fait : M. Clark vaccina, le 28 août dernier, un jeune enfant de 9 mois, parfaitement bien portant et conformé ; pour cela, trois incisions furent faites,

avec la lancette, à la partie supérieure du bras gauche, au niveau du centre du deltoïde, et dans chacune de ces incisions l'auteur fit tomber deux gouttes du vaccin provenant de l'établissement national de vaccine. Il s'écoula très-peu de sang, et on ne remarqua pas la plus petite écorchure de la peau sur une partie quelconque du bras ou de l'avant-bras. Deux jours après, les petites plaies semblaient présenter de la disposition à former des vésicules; mais le lendemain toute rougeur avait disparu, et rien n'indiquait plus qu'un travail particulier dût s'accomplir sur ce point. Dans la soirée du 2 septembre, la mère de cet enfant parla à M. Clark d'un petit bouton rouge qui s'était développé sur le milieu de l'avant-bras. Effectivement, en visitant l'enfant le lendemain, l'auteur reconnut dans ce point la présence d'une pustule vaccinale qui semblait au troisième jour de l'insertion vaccinale. Il suivit attentivement ce fait, le montra à ses confrères, et resta convaincu avec eux qu'il s'agissait d'une véritable pustule vaccinale, laquelle parcourait régulièrement ses périodes. Néanmoins, pour être bien convaincu qu'il n'y avait pas eu illusion de sa part, il revaccina l'enfant au quatorzième jour après la vaccination primitive avec du vaccin frais; mais les quatre incisions qu'il pratiqua guérirent comme de simples écorchures; deux jours après, il n'y paraissait plus. Une nouvelle et troisième vaccination fut faite, le 26 septembre, avec des lancettes trempées quelques heures auparavant dans du vaccin récent, par M. Grégory; le résultat fut tout à fait nul. Ainsi donc, si le fait n'a pas été mal observé, si l'auteur n'a pas été trompé, il serait parfaitement établi que, de même que l'on a vu des éruptions varioliques très-abondantes se faire à la suite de l'inoculation, malgré un travail presque insignifiant au lieu d'insertion, une éruption de pustules vaccinales pourrait avoir lieu à une distance plus ou moins grande du lieu d'insertion, et cela sans pustule primitive. Mais, nous le répétons, ce fait est encore seul et unique, et par conséquent il ne peut juger complétement la question.

---

31. *Opthalmie des nouveau-nés.*

(Schmidt's Jahrbüch.)

Quelques médecins persistent encore, malgré les résultats fournis par l'expérience, à essayer des médications générales contre cette forme si grave d'ophthalmie, ou à s'en tenir à quelques topiques sans valeur. En même temps que la pratique du

professeur Trousseau à l'hôpital des Enfants prouvait, d'une manière victorieuse, l'utilité et l'efficacité des remèdes énergiques, des essais étaient tentés à Prague et à Vienne. La méthode adoptée en même temps par les docteurs Grün et Bednar consiste à combiner les injections tièdes avec les cautérisations par le nitrate d'argent à haute dose. Une douche plus ou moins forte est dirigée sur l'œil de l'enfant, convenablement placé dans son lit; sous son influence, la couche d'exsudation inflammatoire se détache et s'enlève facilement avec des pinces. La légère hémorrhagie qui résulte parfois de cette petite opération étant modérée, on instille le collyre, et on referme les paupières. Quand l'inflammation est très-vive, il se forme une nouvelle couche de substance plastique, qu'on enlève à l'aide des mêmes moyens. La douche doit être administrée deux fois par jour, matin et soir. L'expérience a prouvé surabondamment que les injections d'eau à 26 ou 30° R. sont de beaucoup supérieures aux injections froides conseillées par M. Chassaignac. Les avantages de cette médication sont, suivant les deux médecins de Vienne et de Prague, de juguler l'inflammation dès son début, d'empêcher qu'elle ne se transmette d'un œil à l'autre, de prévenir les ulcérations de la cornée et la fonte, de pouvoir s'employer à tous les stades sans distinction, enfin de diminuer notablement les dangers que courent les nourrices et les gens de service.

Les chiffres suivants parlent assez d'eux-mêmes, et n'ont pas besoin de commentaires. Du 1er janvier à la fin de mars 1849, on eut à traiter, à l'hôpital de Prague, 166 enfants atteints d'ophthalmie. Le traitement dura de deux à dix-neuf jours. Il y eut 13 ulcérations de la cornée, et 137 malades guérirent sans aucune altération de l'œil. Aucune nourrice ne fut affectée par contagion, tandis que 15 avaient été atteintes dans la période correspondante de 1848. A Vienne, sur 24 enfants traités en 1847 par les purgatifs et l'ancienne méthode, 9 succombèrent, 12 guérirent, 3 perdirent la vue. En 1848, avec le traitement dont nous parlons, sur 62 malades, 51 guérirent complétement, 8 moururent, et 3 gardèrent les traces d'ulcérations qui existaient déjà à leur entrée à l'hôpital. Enfin, sur 325 enfants affectés d'ophthalmie et soignés par le docteur Bednar, 23 restèrent avec des cicatrices de la cornée plus ou moins étendues ; un seul perdit l'œil droit, déjà très-compromis quand la médication fut instituée.

---

32. *Scarlatine.*

(Mittheil. des Bad. artz Vereins.)

Une grave épidémie de scarlatine, qui régna à Carlsruhe vers la fin de 1849, et frappa 250 enfants, a fourni au docteur Volz matière à quelques observations, parmi lesquelles nous choisirons les plus importantes, en les résumant avec l'auteur sous forme de propositions. — 1° L'étendue et la rougeur de l'exanthème scarlatineux ne sont pas en rapport direct avec l'intensité de la maladie; une éruption très-vive témoigne toujours d'un haut degré de maladie. — 2° La cause prochaine de l'exanthème est une stase dans les vaisseaux capillaires de la peau, qui suspend la transpiration et donne au toucher une sensation particulière de sécheresse. Si l'éruption arrive jusqu'à l'inflammation, la rougeur est plus foncée, plus égale, et ne disparaît pas sous la pression du doigt. — 3° Les écailles épidermiques détachées ne transmettent pas la scarlatine par contagion. — 4° Les membranes muqueuses sont soumises à des altérations aussi essentielles que celles de la peau. — 5° Les lésions de la gorge sont de trois sortes, catarrhales, inflammatoires, gangréneuses. L'infiltration du tissu cellulaire sous-muqueux et même l'œdème de la glotte peuvent en être la conséquence. — 6° Le ramollissement de la muqueuse nasale avec ulcérations est une complication qui peut devenir mortelle pour les petits enfants. — 7° La parotide qui accompagne la scarlatine se termine rarement par la suppuration, celle qui succède à la convalescence suppure et détermine des infiltrations purulentes du tissu cellulaire. — 8° Les dépôts purulents se rencontrent dans les diverses cavités, et même dans les articulations. — 9° Dans l'anasarque consécutive, l'altération des reins n'est que secondaire ; elle dépend des altérations du sang, et il n'est pas rare, malgré l'hydropisie, de trouver les reins intacts. — 10° La scarlatine détermine la mort par apoplexie, par suffocation, par pyémie et par anémie.

---

33. *Du chlorure de zinc en injections, comme traitement abortif de la blennorrhagie.*

(The Lancet.)

M. Lloyd, médecin de l'hôpital Saint-Barthélemy, à Londres, a substitué au nitrate d'argent, dans le traitement de la blennor-

rhagie, le chlorure de zinc, dont l'action coagulante sur l'albumine est plus énergique que celle du nitrate d'argent. Il assure que, depuis treize ans, cette médication ne lui a jamais fait défaut, lorsque les injections ont été faites au début de la maladie, ou du moins dans sa période d'acuité. Les phénomènes qui indiquent que la maladie n'a pas dépassé l'acuité, sont un écoulement jaunâtre abondant, un écartement permanent des lèvres de l'orifice urétral, de la rougeur et du gonflement du gland, du prépuce, et quelquefois même du pénis tout entier; une sensation de gêne dans les régions inguinale et pubienne, des érections douloureuses, une sensation de vive brûlure au moment du passage de l'urine. Dans ces circonstances, M. Lloyd prescrit immédiatement une injection du liquide suivant dans l'urètre :

Pr. Chlorure de zinc,	5	centigram.
Eau distillée,	30	grammes.

Cette injection est répétée toutes les cinq ou six heures ; le malade se lotionne fréquemment le pénis et le périnée avec de l'eau tiède, et prend en trois fois dans les vingt-quatre heures, un purgatif énergique. La complication d'une épididymite ne paraît pas à l'auteur un cas de contre-indication ; seulement il y joint des sangsues et le tartre stibié à dose nauséeuse, jusqu'à ce que la maladie ait perdu de son acuité. Le chlorure de zinc convient beaucoup moins dans la blennorrhagie chronique, et il y échoue le plus souvent.

MÉLANGES.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE. — PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

34. *Compte rendu des séances pendant le mois de mars* 1850 ; par M. le docteur BROWN-SÉQUARD, secrétaire.

(Gazette médicale de Paris, N° 22 ; 1851.)

PATHOLOGIE ET ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — *Tumeur du volume d'un œuf de pigeon comprimant le côté droit de la moelle allongée et les nerfs qui en partent ;* observation recueillie par M. CHARCOT.

Une femme âgée de 48 ans, entrée le 28 février à l'hôpital de la Charité, est, dit-on, malade depuis trois mois environ ; elle a été soignée, au début de son affection, par M. le docteur Gubler, qui a bien voulu nous donner les renseignements qui suivent. M. Gubler a vu cette malade quinze jours environ après le début de la céphalalgie occipito-temporale très-violente dont elle se plaignait. La nuque était alors un peu douloureuse à la pression, ce que la malade attribuait elle-même à une violence extérieure qu'elle avait subie auparavant ; mais M. Gubler n'a pas trouvé les points douloureux circonscrits des névralgies proprement dites. Les organes des sens offraient une très-grande susceptibilité ; le moindre bruit, l'impression d'une faible lueur, étaient impatiemment supportés et semblaient exaspérer les douleurs de tête.

Chaque mouvement du corps réveillait des envies de vomir qui étaient quelquefois suivies d'effet ; aussi la malade éprouvait-elle la plus grande répugnance à quitter le repos absolu auquel elle s'était condamnée, pour répondre aux questions qu'on lui adressait.

A ces symptômes s'ajoutaient un resserrement considérable de la pupille et une constipation opiniâtre, sans ballonnement ni sensibilité exagérée du ventre. La langue était un peu blanche, mais humide ; le pouls n'avait point de fréquence ; la peau était sans chaleur fébrile. Il n'y avait aucune douleur dans le tronc ni dans les membres, ni paralysie dans un point quelconque. Jamais il n'y avait eu ni vestiges ni convulsions épileptiques.

D'après cet ensemble de circonstances, M. Gubler s'arrêta à l'idée d'un ramollissement superficiel et circonscrit de la sub-

stance grise, et mieux encore à une tumeur intracrânienne. (Dix sangsues furent appliquées derrière chaque oreille ; on administra un purgatif : calomel, 1 gramme ; rhubarbe, 4 grammes. En outre, du chloroforme fut employé en applications topiques pour calmer la céphalalgie.)

Il en résulta un soulagement très-considérable ; mais au bout de deux jours, cette femme fut emmenée par son fils, et M. Gubler la perdit de vue. D'après les renseignements qui nous ont été donnés par le fils de la malade, peu après l'époque où M. Gubler cessa de la voir, se manifestent une grande hébétude, de la faiblesse dans tous les membres, avec résolution et sans douleur, et enfin un embarras très-remarquable de la parole. La céphalalgie se reproduit bientôt avec la même intensité que par le passé ; les vomissements et la constipation persistent opiniâtrément.

Un séton à la nuque, des vésicatoires aux cuisses, restent sans effet, et on se décide enfin à faire entrer la malade à l'hôpital. Nous la trouvons alors dans l'état suivant :

Ce qui frappe tout d'abord, c'est l'air hébété de cette femme. Après avoir assez nettement répondu aux questions qu'on lui adresse, elle ne tarde pas à montrer d'elle même que ses facultés intellectuelles sont profondément affaiblies et perverties. Elle se plaint de douleurs très-vives dans la région du cervelet ; sa tête est sans cesse penchée vers l'épaule droite, mais sans aucune roideur ou contracture des muscles du cou. Tous les membres sont dans la résolution ; cependant, quand on dit à la malade de remuer ses bras et ses jambes, elle le fait sans trop de difficulté. D'ailleurs, ni douleurs ni contracture dans les membres supérieurs ou inférieurs ; ceux du côté droit ne paraissent pas plus faibles que ceux du côté gauche. Quand on la pince, elle sent assez vivement et assez rapidement.

Pas de strabisme ; pas de chute de la paupière ; pas de surdité. Les pupilles ont une dilatation égale. La malade dit n'avoir jamais éprouvé de vestiges, n'avoir jamais eu de bluettes, n'avoir jamais eu de bourdonnements d'oreille ou autres hallucinations.

La bouche est un peu pendante ; mais il n'y a pas réellement paralysie du facial, et la malade peut siffler et souffler. Quand on lui dit de tirer la langue, elle le fait rapidement, mais la pointe de cet organe est immédiatement portée à droite ; cependant elle peut la faire tourner dans sa bouche, et en porte aisément la pointe du côté gauche quand on lui ordonne de le faire. Mais si on lui répète l'injonction de tirer la langue, elle en porte de nouveau la pointe à droite. Nous n'avons pas recherché si le

goût persistait ou était aboli, s'il y avait quelque modification dans la sensibilité de la face. Les mouvements de la déglutition sont conservés intacts. Pendant tout le temps que la malade est restée dans la salle, les vomissements n'ont cessé d'exister et la constipation a été extrêmement opiniâtre. Le traitement a consisté en l'apposition de boutons de feu à la région de la nuque. Nonobstant la prostration a augmenté; il est survenu une sorte de coma, et la malade est morte le 9 mars, sans avoir jamais éprouvé de phénomènes convulsifs.

En raison des phénomènes que nous venons de décrire, il paraissait probable qu'il s'agissait ici d'une tumeur difficile à déterminer, laquelle aurait comprimé le nerf hypoglosse. Ajoutons que l'absence d'accidents syphilitiques ou tuberculeux, que l'absence de cachexie cancéreuse, permettaient déjà d'éloigner l'idée de l'influence de l'une de ces diathèses. L'autopsie fit reconnaître qu'une tumeur, du volume et de la forme d'un gros œuf de pigeon, était située à la partie antérieure du lobe droit du cervelet, dans lequel elle s'était creusé une logette. Cette tumeur comprimait également le pédoncule droit du cerveau, et repoussant vers la gauche la moelle allongée, elle aplatissait très-manifestement tous les nerfs qui en partent, ceux du côté droit seulement, bien entendu (auditif, facial, pneumogastrique, glosso-pharyngien, et en particulier l'hypoglosse). La cinquième paire elle-même était considérablement aplatie. Le moteur oculaire commun et le moteur oculaire externe, placés sur la ligne médiane, étaient parfaitement intacts.

Cette tumeur, comprise entre la tente du cervelet, d'un côté, et le cervelet lui-même, de l'autre, n'avait contracté que de très-faibles adhérences avec ces différentes parties, et on pouvait l'énucléer avec la plus grande facilité en détruisant un tissu cellulaire très-lâche.

Considérée en elle-même, la tumeur paraissait recouverte à l'intérieur par une sorte de tunique fibreuse difficile à enlever. Son tissu propre était dur, criant sous le scalpel, sec, un peu mamelonné. L'examen microscopique y démontrait tous les caractères du tissu fibro-plastique, avec prédominance du tissu fibreux.

Voici donc un exemple dans lequel la déviation de la pointe de la langue paraît bien nettement déterminée par la compression exercée sur l'hypoglosse par une tumeur extra-encéphalique; mais il reste à se demander comment la compression simultanée de la plupart des nerfs qui naissent du côté droit de la moelle allongée ne s'est pas accompagnée de phénomènes plus saillants

que ceux qui ont été observés. Nous avons dit, en effet, qu'il n'existait pas de vraie paralysie faciale (du mouvement), pas de vives douleurs d'un côté de la face. L'audition ne paraissait pas abolie ni même modifiée. Aucun phénomène anormal du côté de la déglutition n'était appréciable. (15 mars.)

Sur quelques altérations des cartilages d'encroûtement; par M. Béraud.

« On sait que les cartilages, examinés au microscope, présentent deux choses : d'un côté, c'est une substance fondamentale, homogène, sans fibres d'aucune espèce; d'un autre côté, c'est une espèce de cavité qu'on appelle vésicule ou cellule, et qui est éparse en plus ou moins grand nombre et avec plus ou moins de régularité dans cette substance. Nous allons donc examiner les altérations que nous avons vues dans chacun de ces éléments du tissu cartilagineux.

« 1° *De la substance fondamentale.* — Quand un cartilage est sain, on n'y voit ni tissu cellulaire ni vaisseaux, d'après les opinions les plus répandues; cependant, quand on examine au microscope, comme je l'ai fait, un fragment de cartilage qui appartient à une tumeur blanche, on peut y trouver une organisation plus avancée. J'y ai vu du tissu cellulaire et des vaisseaux s'y développer sous l'influence du travail particulier qui a produit la tumeur blanche.

« Le tissu cellulaire m'est apparu dans un fragment de cartilage pris sur un condyle fémoral compris dans une tumeur blanche. Ces fibres de tissu cellulaire étaient bien caractérisées par des filaments cylindriques, à contours lisses et clairs. Les réactifs chimiques m'ont encore prouvé qu'il s'agissait bien du tissu cellulaire. Ces fibrilles étaient insolubles dans l'acide acétique.

« Les vaisseaux des cartilages d'encroûtement ont été niés à l'état sain par Béclard et par M. Velpeau ; je ne veux pas aborder cette question aujourd'hui : je ne veux parler que des états pathologiques. Eh bien! dans ce cas, j'ai vu des vaisseaux dans les cartilages. Voici quelle est leur disposition :

« Vers le point où le cartilage cesse sur le condyle fémoral, il existe un rameau artériel assez volumineux, ayant presque 1 millimètre de diamètre. De sa convexité partent des ramifications qui s'en vont dans l'épaisseur du cartilage. Sur la partie postérieure du condyle externe, il y a un rameau artériel extrêmement bien injecté, qui s'avance, en se ramifiant, jusque vers

la partie moyenne du condyle, et vient presque s'anastomoser avec le vaisseau qui part du côté opposé du condyle. Ainsi chaque condyle est enlacé par un cercle artériel d'où partent des rameaux qui traversent la substance du cartilage.

« J'ai d'abord douté que ce fût dans l'épaisseur du cartilage que l'injection eût pénétré, et j'ai cru avoir trouvé un fait d'injection de la synoviale existant sur les cartilages ; mais en examinant avec attention, j'ai bien vu que c'était dans le cartilage même que ces vaisseaux existaient. J'ai rendu M. Robin témoin de ce fait. Voici comment j'ai pratiqué l'injection.

« J'ai pris du chromate de potasse et de l'azotate de plomb ; j'ai mis ces deux substances dans l'eau. Il s'est formé, par double décomposition, du chromate de plomb, qui, restant suspendu dans l'air, a été ainsi injecté par l'articulaire moyenne.

« J'ai parlé de ce fait à M. Broca, prosecteur à la Faculté de médecine, qui m'a fait voir des dessins de cartilages d'encroûtement malades injectés. On sait, d'un autre côté, que Sanson (*Journal des connaissances médico-chirurgicales*, p. 145, année 1835) dit avoir injecté des cartilages articulaires pendant qu'il était prosecteur de Dupuytren, et avoir plusieurs fois trouvé sur le cadavre de sujets morts à la suite de tumeurs blanches, des cartilages articulaires avec ramolissement fongueux dans une partie de leur épaisseur, tandis que d'autres couches du même cartilage n'étaient que rouges et ramollies.

« Dans une thèse soutenue, en 1841, à la Faculté de Montpellier, on parle encore de l'injection des cartilages articulaires, mais c'est à l'état sain. Ces injections ont été faites par M. Vergès, prosecteur de cette Faculté.

« Ainsi, sans vouloir discuter la question des vaisseaux à l'état sain, nous pouvons dire qu'il y a des vaisseaux, dans les cartilages, à l'état pathologique.

« 2° *Altérations des cellules et des corpuscules cartilagineux.* — En même temps qu'il se forme des productions nouvelles dans la substance fondamentale du cartilage, ces autres éléments se ressentent de cette nouvelle vie. Les cellules deviennent opaques et les corpuscules cartilagineux se divisent, et finissent même par se présenter sous la forme d'une poussière noirâtre, extrêmement fine ; de sorte qu'on croirait avoir sous les yeux un corpuscule osseux, mal délimité. Je n'ai pas encore examiné les propriétés chimiques de cette poussière. Quoi qu'il en soit, il est très-facile de constater au microscope ces plaques noirâtres disséminées dans la substance du cartilage. Les parois de sa

cellule semblent détruites, à cause de l'irrégularité que présente ce corpuscule noirâtre.

« Ainsi voilà un organe qui tend à revêtir une autre forme : il se vascularise, il tend à s'élever dans son degré d'organisation, mais ce n'est que pour être mieux détruit, et avec cette nouvelle vitalité du cartilage, nous pouvons nous expliquer toutes les altérations de ce tissu avec une très-grande facilité. Quand ce cartilage aura toutes les propriétés d'un os, par exemple, pourquoi ne pourrait-il pas en avoir les maladies ? Aussi il pourra être atteint d'ulcération et d'inflammation, et si l'on vient à le diviser, ou s'il est le siége d'une solution de continuité quelconque, il pourra se cicatriser.

» On sait aussi que ceux qui admettent la non-vitalité des cartilages prétendent que les altérations de ce tissu sont toujours consécutives aux altérations de l'os correspondant au point malade ; mais si nous admettons, comme nous croyons l'avoir démontré, que les cartilages peuvent s'organiser, nous nous rendrons compte de leurs altérations indépendamment de celles des os. J'ai vu très-souvent des ulcérations, des ramollissements du tissu cartilagineux, avec une intégrité parfaite de l'os situé au-dessous. Cependant je ne prétends pas dire que si l'os est malade, le cartilage ne le deviendra pas : loin de là. (22 mars.)»

Nouveaux cas d'altérations des cartilages ; par le même.

Dans la communication qui précède, M. Béraud avait avancé que les cartilages peuvent être altérés indépendamment de l'os situé au-dessous ; il présente de nouvelles pièces à l'appui de cette proposition. Il montre d'abord deux rotules qui offrent dans un point bien déterminé, large comme une pièce de 1 franc, une altération qui donne au cartilage l'aspect d'un velours à fils très-longs. Ces filaments, séparés les uns des autres, sont mous et non élastiques. En coupant la rotule perpendiculairement à la surface articulaire, on voit que la lamelle osseuse sous-cartillagineuse est non-seulement intacte, mais encore il reste un liséré du cartilage qui ne paraît pas avoir perdu de ses propriétés normales.

La même disposition se rencontrait sur deux condyles de deux tibias.

Mais sur une tête fémorale, il a constaté vers le point le plus élevé de cette éminence, non loin du ligament rond, une plaque qui avait les caractères suivants ; elle présentait un gonflement assez marqué, large comme une pièce de 50 centimes. Ce gon-

flement était encore plus appréciable quand on fendait la tête fémorale. Alors on pouvait voir que, dans ce point, le cartilage avait une hauteur de 1 millimètre et plus au-dessus des parties circonvoisines. D'ailleurs, ce gonflement allait en diminuant d'une manière insensible. Mais partout où existait ce gonflement mal limité, il y avait aussi une rougeur très-vive qui était mal circonscrite. On ne pouvait pas dire qu'elle tenait à une imbibition d'un liquide coloré; car alors les autres points de la surface cartilagineuse auraient eu la même coloration. Dans cet endroit, le cartilage était ramolli, mais n'avait pas encore perdu complétement son élasticité. L'os correspondant au point malade du cartilage n'a offert aucune altération appréciable, et il avait les mêmes caractères que dans les points correspondants à des cartilages sains, Il faut ajouter que la synovie n'était ni augmentée ni colorée. (29 mars.)

Hépatite suppurée, lobulaire, avec cirrhose générale; par M. Laboulbène.

M. Laboulbène présente à la Société le foie d'un malade qui a succombé dans le service de M. Monneret, à l'hôpital de Bon-Secours.

Le malade est resté un mois et demi environ dans le service; il offrait des signes non équivoques d'une cirrhose ancienne et d'une maladie du cœur caractérisée par un souffle au premier bruit; l'œdème était considérable. Il fut ponctionné deux fois, et la paracentèse fournit un liquide clair, sans grumeaux; enfin on lui a pratiqué des mouchetures très-superficielles aux deux jambes, et il s'est écoulé pendant *douze* jours une sérosité extrêmement limpide fort abondante; il n'y eut pas de signes d'hépatite.

Le foie avait toujours été difficile à limiter à cause d'un son clair, intestinal, qui dominait dans la région hépatique; néanmoins l'organe ne paraissait occuper qu'un minime espace. La digestion s'est très-longtemps accomplie d'une manière régulière; il n'y avait jamais eu d'ictère.

Autopsie. Le *foie*, profondément attaché dans l'hypochondre, adhère dans toute son étendue au diaphragme et à une portion de l'estomac. Il a diminué d'un tiers de son volume naturel. Il est lobulé, fortement mamelonné sur ses deux faces.

La capsule de Glisson est épaissie, blanchâtre, surtout au niveau des dépressions; elle est doublée par une fausse membrane continue qui s'enlève et se détache avec elle (péritonite péri-

hépatique). Dans quelques portions, la capsule seule existe sans fausses membranes.

Face supérieure inégale, sillonnée par de profondes dépressions, isolant de grosses saillies mamelonnaires ; face inférieure plus inégale et plus bosselée et comme divisée en une foule de lobules.

Le tissu du foie est constitué par de grosses granulations jaunes semblables à du tissu graisseux, laissant apercevoir entre elles un réseau vasculaire très-abondant, de nouvelle formation, qui les sépare en une foule de granulations secondaires. De nombreuses ecchymoses interstitielles s'observent partout.

A l'extrémité du bord tranchant et droit du foie existe une petite induration blanchâtre formée par un abcès qui a son siége dans le tissu hépatique, sans connexion avec ses conduits ; un second abcès plus central, de la grosseur d'une noisette, est plus manifestement encore que le premier le résultat de la suppuration de lobules hépatiques. Un kyste ou une membrane commence à se former autour de cet abcès.

Plus loin encore, dans le centre du foie, se trouve un troisième abcès formé par l'agglomération de plusieurs grains du foie qui ont suppuré. La collection purulente est enkystée.

Un peu plus loin enfin et en avant un quatrième abcès, situé près de la vésicule du fiel (mais sans connexions avec elle), renferme un pus verdâtre, phlegmoneux. Le tissu hépatique environnant est fortement enflammé, dur, rougeâtre, sillonné par de petits vaisseaux de nouvelle formation et de petites ecchymoses. Cette partie enflammée est assez dure et tranche ainsi sur le reste du foie qui est d'une mollesse extrême. Le tissu de l'organe se réduit partout en une bouillie jaunâtre.

Il est digne de remarque toutefois que, dans un grand nombre de points éloignés des abcès, le tissu est fortement congestionné, et cette congestion est par-ci par-là portée jusqu'à l'hémorrhagie.

La veine porte a été poursuivie avec grand soin et, sauf une coloration d'un rouge livide, suspecte, qui ne paraît être qu'un résultat d'imbibition cadavérique, elle ne présente aucune trace d'inflammation ; elle ne renferme aucun caillot.

Rien dans les conduits biliaires, ni dans la vésicule du fiel.

Cœur. Cavités et valvules droites normales. Cœur gauche avec la valvule mitrale saine ; mais sur deux des valvules sigmoïdes, dans leur épaisseur même, sont déposées de grosses granulations ostéocalcaires, faisant saillie sur l'une et sur l'autre face ; elles n'empêchent point les valvules de jouer et d'être suffisantes.

L'eau projetée dans l'aorte ne s'écoule point dans le ventricule gauche.

L'aorte est altérée, athéromateuse ; elle est revêtue, surtout dans sa portion pectorale, de plaque crétacées pour la plupart et faisant saillie dans le vaisseau. (1er mars.)

Sur un corps étranger de l'articulation coxo-fémorale; par M. Béraud.

Aujourd'hui on peut rattacher les corps étrangers des articulations à quatre sources. Les uns les font venir des surfaces libres de la synoviale, d'autres des cartilages, d'autres encore du sang organisé ; les derniers enfin de l'agglomération des cellules épithéliales qui revêtent les surfaces articulaires. Il existe des exemples de chacune de ces origines, de sorte qu'il ne faudrait pas être exclusif. Sur la pièce montrée par M. Béraud, on voit un fragment de cartilage libre dans l'articulation et encore placée dans le point d'où il s'est détaché. Ce fragment a la forme et le volume d'un grain de blé un peu aplati ; ses bords sont arrondis, de même que les bords de la solution de continuité du cartilage. Il est deux fois plus petit que l'espace d'où il s'est détaché, de sorte qu'il offre par rapport au cartilage le même aspect que l'os nécrosé par rapport à la portion d'os encore vivante. On voit un peu plus haut d'autres petits fragments de cartilage qui sont sur le point de se détacher, et qui ne sont plus adhérents que par un point très-circonscrit de leur face profonde. (29 mars.)

Altérations des articulations dans le rhumatisme articulaire chronique; fausse contracture rhumatismale; ankyloses; par M. Charcot.

L'observation et les pièces anatomiques que j'ai l'honneur de présenter à la Société sont de nature à éclairer plusieurs points de l'histoire du rhumatisme articulaire chronique. Les articulations présentent en effet à tous les degrés possibles, depuis la simple érosion du cartilage jusqu'à l'ankylose celluleuse, les lésions qu'on a désignées dans ces derniers temps sous le nom d'arthrite sèche. Nous voyons en outre une roideur avec obstacle à l'extension complète de l'avant-bras sur le bras, considérée pendant la vie comme due à une contracture *rhumatismale* siégeant dans les muscles, mais que l'autopsie démontre tenir tout simplement à une lésion particulière de l'articulation du coude. Voici

d'abord quelques détails sur les phénomènes observés pendant la vie.

Le 3 mars 1851, entre dans la salle Saint-Michel, service de M. Rayer, à l'hôpital de la Charité, le nommé Maul-Laurier Beaufils, tailleur âgé de 56 ans. Cet homme n'a pas eu de parents goutteux ou rhumatisants ; il se nourrit habituellement mal et ne boit jamais de vin. En 1828, il habitait un rez-de-chaussée tellement humide que les murs en sont continuellement mouillés et qu'ils sont couverts de cristaux ; au bout d'un an de séjour dans ce lieu, Maul éprouve tout à coup pendant la marche une douleur tellemement vive dans l'articulation de la première avec la deuxième phalange du gros orteil droit, qu'on est forcé de le ramener chez lui. Cette douleur, il la compare à un engourdissement très-intense. Quelques mois après cette première attaque, toutes les articulations des orteils du pied gauche deviennent simultanément rouges, tuméfiées, et causent des douleurs analogues à celles qui avaient existé dans le pouce ; cette nouvelle invasion est d'ailleurs précédée de frissons et accompagnée de fièvre ; bientôt après le pied droit se prend lui-même, et enfin les articulations des doigts des deux mains. D'abord bornées aux petites articulations, la tuméfaction, la rougeur et la douleur se montrent bientôt aux articulations tibio-tarsiennes et aux deux articulations du poignet. Cette période d'acuité dure huit jours environ pendant lesquels le malade ne pouvant plus marcher était transporté chaque jour à l'hôpital Saint-Louis où il fait usage dès le début de bains de vapeurs et de fumigations. Au bout de ce temps survient une rémission, suivie bientôt de nouveaux accès venant irrégulièrement de temps à autre, lesquels étaient précédés par de légers frissons et s'accompagnaient de sueurs abondantes. Les choses restent ainsi pendant cinq ans environ.

En 1835, Maul, qui habite cependant alors un logement sec, voit le mal qui s'était borné presque exclusivement aux petites articulations des pieds et des mains envahir les coudes, et à cette époque déjà se manifeste une certaine difficulté dans l'extension de l'avant-bras sur le bras. Ce sont surtout les membres supérieurs qui sont le siége du mal à cette nouvelle période de la maladie. C'est alors qu'il commence à apercevoir une déformation dans les articulations des doigts de la main ; à cette époque aussi il fait remonter les diverses ankyloses que nous observerons dans diverses articulations des extrémités inférieures. Enfin, après une série de rechutes pendant lesquelles augmentent les difformités articulaires et la perte ou la diminution des mouve-

ments de certaines d'entre elles, une douleur se manifeste pour la première fois dans l'épaule gauche sans rougeur ni gonflement cette fois.

Lors de son entrée à l'hôpital, cet homme nous paraît d'une constitution entièrement détériorée; il est faible, cacochyme, pâle et maigre. Il assure ne tousser que depuis un mois environ, et n'avoir jamais craché de sang. Il y a dix jours qu'à la suite de frissons il éprouva un point de côté avec oppression au côté gauche de la poitrine; bientôt surviennent de l'insomnie et de l'inappétence. Il assure que lors de l'invasion du point de côté, les articulations des mains qui étaient gonflées et rouges cessèrent subitement d'être tuméfiées et douloureuses. D'ailleurs pas d'antécédents syphilitiques, jamais aucun phénomène notable soit du côté de l'estomac, soit du côté du cœur ou des intestins. L'urine est habituellement très-claire.

Cet homme, outre les bains de vapeurs dont il a fait usage à une certaine époque, se contentait de prendre lors des attaques de huit à dix gouttes de teinture de colchique, médicament qui le soulageait toujours, mais dont il était bientôt forcé de suspendre l'usage à cause d'hallucinations et de maux de gencives qui ne tardaient pas à survenir.

Dans l'état actuel nous avons à étudier chez ce malade : 1° les vestiges de l'affection habituelle des articulations qui est en ce moment dans une période de rémission; 2° une affection pectorale.

Voici d'abord dans quel état nous trouvons les diverses articulations :

Pied gauche. — Aucune ankylose; seulement quand on met les surfaces articulaires les unes sur les autres on entend un léger craquement dans les diverses articulations des orteils, et en particulier du gros orteil. L'articulation tibio-tarsienne paraît déformée, c'est-à-dire que les enfoncements naturels paraissaient remplis, et quand on en palpe les contours, la mollesse habituelle des parties est remplacée par une résistance très-grande; il semble que tout le pourtour de l'articulation se soit incrusté d'une matière solide; d'ailleurs immobilité complète de cette articulation ; le pied est fixé à angle droit sur la jambe. Cette soudure était déjà complète il y a une dizaine d'années.

Dans toutes les autres articulations du pied et dans celles des orteils, les mouvements paraissent conservés ; les différentes pièces du tarse paraissent cependant soudées entre elles.

Au pied droit, pas d'ankylose soit aux orteils, soit au tarse, soit dans l'articulation tibio-tarsienne; ni déformation, ni rougeur,

ni gonflement de ces diverses articulations; cependant le frottement des surfaces articulaires fait entendre un certain craquement. Le malade assure n'avoir jamais souffert dans les articulations fémoro-tibiale ou coxo-fémorale.

Membre supérieur gauche. — En général, les articulations du métacarpe avec les doigts et des différentes phalanges entre elles sont gonflées, déformées, mais sans rougeur pour le moment. La déformation paraît tenir à un gonflement des tissus osseux mêmes, ou bien à des productions osseuses périarticulaires de nouvelle formation. Les doigts ont par suite un aspect fusiforme avec des renflements au niveau de chaque article.

On remarque dans l'articulation, entre le premier métatarsien et la première phalange du pouce, une sorte de luxation de cette dernière en avant et en dedans de la tête du métatarsien; en même temps les mouvements provoqués de cette articulation sont obscurs; il y a une sorte de demi-ankylose, ce qui n'empêche pas que le frottement des surfaces articulaires ne détermine un craquement très-sensible; d'ailleurs déformation et gonflement analogues des articulations des deuxième, troisième et quatrième métatarsiens avec les phalanges correspondantes, avec craquement des surfaces articulaires, mais sans ankylose; les phalanges paraissent en outre déformées un peu en avant de la tête des métacarpiens; déformation analogue, mais plus légère dans les articulations des différentes phalanges entre elles; crépitation sensible dans les mouvements provoqués dans ces diverses articulations.

La main considérée en général est en outre déformée; ainsi les diverses phalanges des doigts sont habituellement dans l'extension, mais les doigts sont légèrement fléchis sur les métacarpiens; de plus, ils sont légèrement inclinés vers le bord interne de la main. Les mouvements volontaires sont pour la plupart conservées, mais difficiles; les mouvements provoqués sont limités. C'est ainsi qu'il y a un obstacle à l'extension de tous les doigts sur les métatarsiens, et que les mouvements divers dans l'articulation du premier métacarpien avec la première phalange sont très-faibles par suite de la demi-ankylose déjà notée.

Articulation radio-carpienne. — Elle est déformée; les saillies osseuses sont peu prononcées; les enfoncements sont comblés. La main est immobile dans l'axe de l'avant-bras; les mouvements provoqués ou spontanés sont tout à fait nuls. L'ankylose paraît complète; elle remonte, dit-il, à une dizaine d'années.

Articulation huméro-cubitale. — L'avant-bras fait un angle de 35 à 40 degrés avec le bras; l'avant-bras et la main sont en outre

dans une pronation habituelle. Quand on cherche à étendre l'avant-bras sur le bras, ou à provoquer la supination, on ne peut y parvenir, car aussitôt les muscles paraissent agir violemment et des cordes correspondantes à leurs tendons se dessinent dans les téguments. Ces cordes paraissent dues aux tendons des muscles long supinateur, grand et petit palmaires, cubital antérieur, grand pronateur. D'ailleurs elles existent à un certain degré, alors même qu'on ne cherche pas à détruire la flexion. Quand on dit au malade de fléchir l'avant-bras sur le bras, il le fait d'ailleurs sans douleur ou difficulté. Le biceps brachial et le brachial antérieur ne paraissent jouer aucun rôle dans l'obstacle à l'extension. Ajoutons que le frottement des surfaces articulaires de l'articulation du coude s'accompagne d'un craquement très-sensible.

L'épaule est douloureuse depuis trois mois environ; cependant il n'y avait pas de craquements sensibles, et les mouvements en sont assez libres.

Tout ce que nous avons dit du membre supérieur gauche s'applique exactement au membre supérieur droit.

Tel est l'état des diverses articulations. Mais nous l'avons dit, le rhumatisme n'est pas actuellement la maladie principale. Nous avons parlé du début de l'affection pectorale.

Le 3 mars, jour d'entrée, nous constatons, par l'auscultation, des râles très-abondants, muqueux, de grosses bulles des deux côtés de la poitrine, pas de matité par la percussion. Souffle au premier temps au cœur et à la base; ce souffle est doux. Souffle vasculaire au col; expectoration de crachats muqueux, verts, larges, arrondis; oppression assez forte; fièvre.

Les jours suivants, même état. (Pot. gom. ; diète.)

Le 10, et 11, potion stibiée, 0,010 centigr.

Le 12, 13, et 14, pot. kermès, 0,10 centigr. ; légère amélioration.

Le 14, application d'un vésicatoire sur le côté gauche de la poitrine. Ce jour-là, on avait observé de l'obscurité du son sous la clavicule gauche et quelques râles suspects ; et en outre de la matité relative à la partie folliculeuse et inférieure du poumon gauche. En ce point, il n'existait pas de souffle, mais les râles muqueux qui occupaient toute l'étendue du lobe inférieur résonnaient en ce point avec un timbre tout particulier, analogue à celui qu'ils acquièrent quand ils éclatent au milieu du souffle bronchique.

Les jours suivants, l'amaigrissement se prononce, la fièvre s'accroît, la langue se sèche, la dyspnée augmente. Enfin, il

survient du dévoiement, et le malade meurt le 16 mars.

A l'autopsie : 1° état des articulations ; 2° état des viscères.

Les articulations présentent tous les degrés imaginables de l'affection qu'on a appelée, dans ces derniers temps, du nom d'*arthrite sèche*.

Dans un premier groupe, nous voyons les cartilages présenter en certains points des dépressions, d'autres fois de véritables pertes de substance, des ulcérations dont le fond est rugueux. Déjà la membrane synoviale est épaissie et injectée elle-même. Une espèce de synovie très-épaisse, très-visqueuse, remplit la cavité articulaire. C'est dans cet état que se trouvent les articulations fémoro-tibiales.

Au deuxième degré, le pourtour du cartilage est pour ainsi dire érodé. Il est anfractueux et irrégulier. Au centre même du cartilage existent aussi, soit simplement des abrasions, des érosions, soit des ulcérations plus ou moins profondes, dont quelques-unes mettent à nu la substance osseuse. Il semble qu'en même temps la texture du cartilage lui-même ait changé de nature ; il paraît s'être ajouté à la substance cartilagineuse propre, du tissu fibreux qu'on enlève sous forme de lamelles. Dans ce degré, la synoviale est très-épaissie ; elle a une coloration d'un violet foncé ; sa face interne est couverte de bourgeons charnus, dont quelques-uns sont pédiculés. Un liquide épais et visqueux, mais transparent, remplit la cavité synoviale ; mais dans quelques articulations, on rencontre une sorte de substance blanche albumineuse, un peu concrète, complétement libre au milieu de la cavité droite.

Notons qu'en outre la face externe de la membrane synoviale est doublée par une couche *fibreuse très-résistante*, qui la sépare des ligaments articulaires proprements dits. Cette couche nouvelle, qui semble due au tissu cellulaire sous-synoviale épaissi et devenu fibreux, joue un grand rôle dans l'obscurité des mouvements exécutés par certaines articulations. Nous avons parlé de l'obstacle qui existait pendant la vie à l'extention de l'avant-bras sur le bras ; nous avons dû rechercher sur le cadavre à quoi tenait cet obstacle. Aussi avons-nous disséqué avec soin : 1° le tissu cellulaire sous-cutané ; 2° les muscles eux-mêmes ; 3° les ligaments périarticulaires. Après avoir coupé successivement ces différentes parties, nous ne vîmes pas cesser le moins du monde l'obstacle à l'extension ; mais sous les ligaments périarticulaires que nous enlevâmes avec précaution, nous rencontrâmes une couche épaisse, fibreuse, qui les séparait de la synoviale. Quand cette couche eut été coupée, et qu'il ne resta plus que la séreuse elle-même, tous les mouvements s'exécutèrent dans l'ar-

ticulation comme à l'état normal. C'était donc, non pas dans l'articulation même, non pas non plus précisément en dehors d'elle, que gisait la cause de cette contracture apparente, mais bien dans la couche intermédiaire à la synoviale et aux ligaments périarticulaires, laquelle s'était épaissie et rétractée, ce qui ne veut pas dire que, *pendant la vie*, les muscles ne jouaient pas un certain rôle dans la difficulté qu'on éprouvait à étendre l'avant-bras ; mais ce rôle cessa complétement après la mort.

Les articulations qui présentaient les altérations que nous venons de décrire étaient les plus nombreuses. C'étaient la plupart des articulations métacarpo-phalangiennes et métatarso-phalangiennes, celles des phalanges entre elles aux doigts comme aux orteils. Les deux articulations du coude rentrent dans le même groupe.

Quelques-unes de ces articulations présentaient en outre, en dehors de la synoviale, dans la couche même dont l'épaississement avait causé au coude une sorte d'ankylose intra-articulaire, une espèce de productions osseuses, lesquelles étaient pour certaines articulations, une des principales causes de leur gonflement anormal.

Enfin, dans un dernier groupe, nous assistons au début de l'ankylose intra-articulaire celluleuse, et quelques articulations de notre malade présentent le degré le plus élevé de cette altération ; dans les articulations du premier métatarsien avec la première phalange des deux pouces, on rencontre, au sein même de la cavité articulaire des brides fibro-celluleuses qui s'étendent du métatarsien à la phalange. Dans ces mêmes jointures, où la synoviale est rouge, villeuse, couverte de bourgeons charnus, on rencontre aussi, en dehors de cette synoviale, des brides celluleuses intermédiaires à la séreuse et aux ligaments périarticulaires. Il y a donc, dans ce cas, ankylose intra-articulaire et extra-articulaire.

En règle générale, c'est du fond d'une ulcération du cartilage, laquelle a mis l'os à nu, que partent les brides celluleuses intra-articulaires. Ces dernières vont de l'autre côté se rendre, soit au fond d'une ulcération analogue du cartilage opposé, soit à la face interne d'un point quelconque de la synoviale, elle-même. Mais, dans d'autres cas, à ce qu'il nous a semblé du moins, c'est le cartilage lui-même transformé, devenu fibro-cartilage, que l'on voit partir ces ligaments inter-articulaires de nouvelle formation. Ces derniers, tantôt friables, minces et transparents, tantôt plus épais et plus résistants, permettent d'ailleurs encore certains mouvements ; ils permettent, par exemple, dans les ar-

ticulations métacarpo-phalangiennes des pouces, un certain degré de flexion, mais limitent complétement l'extension et l'abduction; aussi le muscle court abducteur du pouce a-t-il subi complétement la transformation graisseuse, ce qui contraste avec l'état des autres muscles de la main qui ont conservé, à peu de chose près, leur volume et leur coloration normales.

Un degré de plus, et l'ankylose celluleuse *intra-articulaire* est complète. Les liens celluleux de nouvelle formation sont solides, résistants, et les mouvements de flexion ou d'extension sont devenus tout à fait nuls; c'est ce qui existe pour les articulations radio-carpienne, tibio-tarsienne du côté gauche.

Dans quelques articulations phalangiennes, le but ou le résultat de la maladie a été tout différent de ce que nous venons de voir ; le cartilage a presque entièrement disparu, il n'en reste plus que quelques îlots. L'os mis à nu est rugueux, mais presque sans altération. Mais ce qui est surtout à noter, c'est qu'il n'existe ici aucune production celluleuse intra-articulaire. C'est dans ces articulations surtout que le frottement des surfaces déterminait pendant la vie une crépitation très-sensible.

En résumé :

Le gonflement et la déformation des articulations tenait dans ce cas : 1° à l'épaississement de la synoviale ; 2° à l'épaississement avec transformation fibreuse du tissu cellulaire sous-synovial; 3° à la formation dans ce tissu cellulaire de productions cartilagineuses et osseuses.

La diminution de la mobilité des os les uns sur les autres, tenait, soit à la formation de liens celluleux développés entre les deux surfaces articulaires contiguës, soit à l'épaississement avec production de liens fibreux de la couche celluleuse sous-synoviale. C'est à cette dernière variété d'ankylose qu'était due la fausse contracture des membres supérieurs; n'est-il pas possible dès lors que l'altération désignée par quelques auteurs sous le nom de *contracture rhumatismale*, ne soit souvent rien moins que le résultat d'une modification dans le tissu même des muscles.

Enfin, nous assistons à tous les degrés possibles d'une altération particulière des cartilages, commençant par une simple exulcération et se terminant par une dénudation plus ou moins étendue des os subjacents, altération qui s'accompagne souvent de l'adjonction de tissu fibreux à la substance cartilagineuse elle-même, et pendant ce temps la synoviale s'est injectée, gonflée, elle s'est couverte de bourgeons charnus ; mais le liquide qu'elle exhale ne diffère de l'état normal que par sa viscosité plus

grande, et dans certains cas, par la présence d'une substance albumineuse plus ou moins opaque ; pas de pus, pas de véritables fausses membranes.

Le cœur ne présente aucune altération sensible, soit dans ses parois, soit dans ses valvules. Les deux poumons présentent de nombreux tubercules, çà et là des excavations au sommet des deux organes. Le lobe inférieur gauche présente une induration considérable à son centre, laquelle est due à une hépatisation pulmonaire diffuse qui environne de toutes parts un noyau d'infiltration tuberculeuse dont le centre s'est déjà ramolli.

Les autres organes n'ont rien présenté de notable. (22 mars.)

Corps fibreux de l'utérus, recueilli dans le service de M. Gubler, à Saint-Antoine ; par M. Caunet.

Le 8 mars, il est entré dans le service une femme âgée de 66 ans, présentant tous les signes extérieurs d'une cachexie cancéreuse très-avancée; une hémorrhagie utérine très-abondante durait depuis plusieurs jours ; elle ne cessa pas pendant le séjour à l'hôpital, et la malade mourut le lendemain.

A l'autopsie, on trouve l'utérus distendue à peu près uniformément, ayant acquis le volume de l'organe au troisième mois de la conception, il présentait une rénitence très-considérable, ses parois ne se laissaient pas déprimer même par une pression assez forte. Lorsqu'on embrasse avec toute la main le corps de l'utérus, on sent quelques saillies arrondies. L'organe enlevé, on constate l'état suivant : les parois du vagin sont dans toute leur étendue transformées en matière cancéreuse ramollie, le col de l'utérus est presque entièrement détruit par la même cause ; l'orifice utérin se trouve situé tout à fait sur l'extrémité droite de la partie dégénérée qui représente le col ; lorsqu'on incise le corps de l'utérus, on tombe sur des tumeurs fibreuses, multiples, offrant plusieurs noyaux très-durs ; ces tumeurs paraissent développées comme toutes les tumeurs fibreuses dans l'épaisseur de la tunique moyenne ou musculeuse, elles se sont surtout formées dans la partie gauche de l'organe, de sorte que la cavité utérine, dont l'étendue est notablement rétrécie, est rejetée complétement à droite. La trompe du côté droit est très-distendue et contient un liquide purulent que la pression peut faire refluer dans la cavité utérine par l'orifice de la trompe.

Ainsi on remarquera, dans cette pièce, la coïncidence d'un cancer du vagin et du col de l'utérus avec des tumeurs fibreuses du corps de l'organe. (8 mars.)

Écoulement de pus par les points lacrymaux, sans tumeur lacrymale; par M. Béraud.

M. Béraud présente une pièce recueillie sur un cadavre d'homme âgé d'environ 50 ans. Il signale les particularités suivantes :

1° Les points lacrymaux et les conduits lacrymaux sont parfaitement sains.

2° Il n'existe pas de valvule à leur orifice commun dans le sac lacrymal, ce qui a lieu dans les deux tiers des cas, d'après des dissections qu'il a faites, et sur lesquelles il aura l'occasion d'appeler l'attention de la Société prochainement.

3° Le sac lacrymal renferme une petite quantité de matière puriforme ; il est rétréci dans tous ses diamètres, surtout du côté gauche, où il est réduit à sa moitié. Leur surface est criblée de petites ouvertures qui ne sont autre chose que les orifices des glandes particulières contenues dans le sac lacrymal.

4° Il n'existe pas de valvule à l'orifice inférieur du sac, comme cela devrait exister dans la moitié des cas, d'après M. Béraud. Cette disposition est la même à droite et à gauche.

5° Le canal nasal des deux côtés est complétement oblitéré par le développement de la muqueuse du conduit. On ne peut pas voir l'orifice inférieur dans le méat.

6° Il y a absence de tumeur et de fistule lacrymale, malgré l'oblitération complète, et cela coïncidant avec l'absence de valvules auxquelles M. Béraud fait jouer un grand rôle dans le mécanisme de la formation de cette affection des voies lacrymales. (29 mars.)

Cas de pyélite ; par M. Charcot.

Une jeune fille de 18 ans, blanchisseuse, était entrée dans le service de M. Briquet, à la Charité, le 10 mars 1851 ; elle mourut le 20 mars. Elle se disait malade depuis trois semaines seulement, mais avouait avoir été tourmentée d'assez vives douleurs de reins il y a trois ou quatre mois, lesquelles douleurs reparaissaient de temps à autre. Cependant rien, dans ses antécédents, qui ressemble à de véritables coliques néphritiques, et elle assure n'avoir jamais rendu de calculs ou de graviers avec les urines. Lors de son entrée à l'hôpital, on lui trouve un peu de fièvre avec exacerbation le soir ; quelques frissons erratiques ; une douleur lombaire que la pression ou la percussion exaspèrent, et qui se fait sentir surtout dans la région du rein droit.

La percussion méthodique pratiquée à la région lombaire démontre que les deux reins ont augmenté de volume, mais que le rein droit est sensiblement plus volumineux que le gauche. Cinq ou six jours avant son entrée à l'hôpital, elle avait été prise d'une hématurie assez abondante ; c'est la première fois que ce phénomène se présentait. A la suite de pissement de sang, l'urine, dont la quantité reste à peu près normale, devient épaisse, bourbeuse et fétide, très-fétide même et exhalant une odeur gangréneuse, surtout dans les derniers moments de sa vie. Ces urines, par le repos, laissaient déposer un précipité purulent, mais la partie supérieure n'en devenait pas pour cela beaucoup plus transparente, et la partie décantée précipitait fortement par l'acide nitrique.

Les deux derniers jours, la langue est sèche, la peau devient de couleur plombée et sèche, il survient du subdélirium, en un mot tous les signes d'un état typhoïde assez grave. Jamais la malade n'a présenté de vomissements.

Le traitement a consisté principalement en l'application de cautères, par le procédé Mayor, sur la région du rein droit.

A l'autopsie, on trouve les deux reins augmentés de volume, presque du double. Cette augmentation est due à la dilatation, par du pus fétide, des bassinets, dont les parois sont couvertes d'une sorte de pseudomembrane verte, et présentent en quelques points des ulcérations d'aspect et d'odeur gangréneux. La substance même du rein est amincie, aplatie, non altérée. On trouve, au niveau de l'insertion des uretères, dans le bassinet, à droite et à gauche, un calcul à peine du volume d'un haricot. Un autre calcul du volume d'un gros pois nageait au milieu du pus que contenait le bassinet gauche.

Les uretères étaient doublés de volume, leurs parois épaissies ; ils étaient en même temps noueux et présentaient çà et là des dilatations.

La muqueuse vésicale était épaissie, brune, violacée, surtout au niveau de son pied.

Les trois calculs dont nous avons parlé son les seuls qui aient été rencontrés dans les organes génito-urinaires. (29 mars.)

---

35. *Signes propres à assurer le diagnostic des pleurésies avec épanchement*; par C. Roy, Médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon, membre de la société de médecine de Lyon, etc.

(Revue médicale, mars 1851.)

Tous les signes qui peuvent faciliter ou assurer le diagnostic

ont leur utilité, et nous ne devons jamais négliger de faire connaître ceux qui pourraient diminuer nos chances d'erreur.

Rien n'est plus connu que les symptômes qui peuvent faire diagnostiquer une pleurésie avec épanchement : matité plus ou moins grande, suivant le degré et l'étendue du mal ; absence du bruit vésiculaire ; souffle tubaire ; œgophonie. Tous ces signes sont plus que suffisants pour faire connaître cette maladie lorsqu'elle est intense, lorsque la sérosité épanchée est assez considérable pour remplir une grande partie de la cavité pleurale ; mais ils n'ont plus la même certitude, la même constance lorsque l'épanchement est peu étendu ou lorsque, la maladie étant en voie de guérison, le poumon a déjà repris en grande partie ses fonctions. Aussi je crois que dans ces cas un moyen qui nous ferait toujours reconnaître un épanchement, quelque petit qu'il fût, serait très-utile, et c'est ce moyen que je viens vous signaler en vous priant de le porter à la connaissance de vos nombreux lecteurs, si toutefois vous le jegez convenable.

Lorsque vous voudrez reconnaître un épanchement dans une des cavités pleurales, appliquez la main gauche sur la poitrine (côté affecté) du malade assis sur son lit, puis percutez les côtes avec la pulpe des doigts de la main droite, et chaque percussion donnera lieu à une fluctuation que percevra bien distinctement la main placée à la base de la poitrine.

Si vous faites la même manœuvre sur une poitrine saine, vous n'obtiendrez rien de semblable.

Je m'abstiens de toute réflexion sur la valeur de ce signe de diagnostic que chacun peut vérifier, et que je fais apprécier aux élèves et aux jeunes médecins qui suivent ma visite.

TABLE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE 225e VOLUME.

12e SÉRIE, TOME V. — MAI 1851.

ARCHIVES DE LA MÉDECINE BELGE.

Observations de galvanisation localisée (méthode du docteur *Duchenne*, de Boulogne) appliquée au traitement des paralysies du mouvement et du sentiment. 1

De l'emploi de l'acétate neutre de plomb dans le traitement de diverses affections de la conjonctive ; par *P. Buys*. 8

Observation du sciatique traité par la cautérisation de l'oreille; par *J. Dewalsche*, médecin. 17

Pieds bots. — Guérison par la section sous-cutanée des tendons d'achille, des jambiers antérieurs, des extenseurs, adducteurs et fléchisseurs du gros orteil; par *A. Tilly*, médecin. 19

Mémoire sur l'emploi des appareils ouatés; par M. *Ad. Burggraeve*. (*Suite.*) 21

Empoisonnement par la nicotine. 28

Vingt-quatre heures à l'hôpital St-Barthélemy à Londres. 30

Observations météorologiques faites à l'Observatoire royal de Bruxelles, pendant le mois de mars 1851. 48

III. ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

PHYSIOLOGIE. — 1. Études analytiques de physiologie et de pathologie sur l'appareil spléno-hépatique ; par le docteur *J.-H.-S. Beau*. (*Suite*). 1

IV. PATHOLOGIE, THÉRAPEUTIQUE ET CLINIQUE MÉDICALE.

PATHOLOGIE INTERNE. — 2. Considérations nouvelles sur le rhumatisme articulaire aigu et son traitement ; par M. *Pidoux*. (*Suite* et *fin.*) 26

3. Du mode de transmission de la rougeole; par le docteur *P.-L. Panum*. 35

4. De l'hépatalgie ; par M. le docteur *Eugène Guibout*. 41

5. Paralysie idiopathique. — Galvanisation avec les appareils de M. *Duchenne*; par le docteur *Eugène Guibout*. 53

22. Sur les murmures anémiques et leur diagnostic; par le docteur *H.-M. Hughes*. 248

27. Sur l'état graisseux du cœur; par le docteur *R. Quain*. 260

32. Scarlatine. 269

THÉRAPEUTIQUE. — 6. Études sur les propriétés physiologiques et thérapeutiques des composés ammoniacaux ; par le docteur *J. Delioux*. 62

7. Exposition d'une nouvelle méthode d'électrisation, dite galvanisation localisée ; par le docteur *Duchenne*. (*Suite*). 81

8. Sur l'emploi de l'infusion d'ipécacuanha à haute dose, dans le traitement de la pneumonie; par M. le docteur *Ressiguier*. 98

9. Tétanos traumatique ; — sulfate de quinine à hautes doses ; guérison ; par M. *Coste*. 93
30. Vaccine. — Pustule vaccinale développée dans un point du corps autre que celui de l'insertion du virus vaccin ; par le docteur *B. Oke Clark*. 266

V. ACCOUCHEMENTS, MALADIES DES FEMMES ET DES ENFANTS.

ACCOUCHEMENTS. — 10. Éclampsie chez une femme enceinte de sept mois et demi ; considérations sur la terminaison de l'accouchement ; rapports de l'éclampsie avec l'albuminurie ; par le docteur *Ch. Dubreuilh*, fils. 104

MALADIES DES ENFANTS. — 11. De la transposition des ventricules du cœur du nouveau-né, cause de mort peu de temps après la naissance ; par le professeur *J.-A. Stoltz*. 115

VI. CHIRURGIE, ORTHOPÉDIE ET OPHTHALMOLOGIE.

PATHOLOGIE EXTERNE. 12. Plaie très-étendue de la tête et de la face, avec quelques réflexions sur les divers moyens unissants ; par le docteur *E. Soulé*. 126
13. De la cure radicale des hernies inguinales et d'un nouveau moyen de l'obtenir par M. le docteur *Aug.-D. Valette*. 136
14. Du nœvus maternus et des tumeurs érectiles ; mémoire lu à la Société de médecine de Paris, par le docteur *Costilhes*. (*Suite* et *fin*.) 145
15. Accidents d'étranglement interne déterminé par la présence d'une tumeur abdominale. — Fièvre intermittente double-tierce ; par le docteur *Aran*. 155
24. Fistule de l'estomac ; observation par *M. W. Robertson*. 252
25. Abcès de la cuisse communiquant avec la cavité de l'intestin à travers le trou obturateur) ; par M. *Fergusson*. 255

MÉDECINE OPÉRATOIRE. — 16. Des divers modes opératoires et des règles à suivre pour la résection de l'os maxillaire inférieur ; par le docteur *Am. Forget*. (*Suite* et *fin*.) 161
17. Fait de taille très-compliquée ; par M. *J. J. Cazenave*. 170
23. De la ponction du crâne dans l'hydrocéphale. 250

VII. PHRÉNOLOGIE, MALADIES MENTALES.

MALADIES MENTALES. 18. Des lésions de la sensibilité chez les aliénés ; — conséquences thérapeutiques ; — exemples de lésions traumatiques très-graves et de leurs effets physiologiques ; par M. le docteur *Morel*. 177

VIII. MALADIES DES VOIES GÉNITO-URINAIRES.

19. Observations de paraplégies accompagnées de rétention et d'incontinence d'urine, dépendantes d'une altération des reins ; par le docteur *Costes*. 189
26. Observations d'urines albumineuses et graisseuses ; par le docteur *H. Bence Jones*. 257

X. MÉDECINE LÉGALE ET POLICE MÉDICALE.

MÉDECINE LÉGALE. — 20. Mémoire sur l'infanticide par l'immersion de l'enfant dans des matières pulvérulentes ; présenté à la Société de médecine de Bordeaux par le docteur *Adrien Bérenguier*. 201

XII. GÉNÉRALITÉS.

21. De la gastro-entérite varioleuse (variolæ sine variolis) avant et depuis la découverte de la vaccine ; par M. le docteur *A. Bayard*. 209

SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE nationale des sciences de Paris. — Séances des 5, 12, 19 et 26 mai. — Présence de l'iode dans l'air et absorption de ce corps dans l'acte de la respiration. 218. — Des corps étrangers des voies aériennes. 219. — Influence de l'agitation du sang sur la proportion de la fibrine dans les recherche hématologiques. 222. — Sur la compression de l'aorte abdominale dans les hémorrhagies utérines. 223 — Procédé de conservation des substances alimentaires végétales. 224. — Recherches expérimentales sur les modifications imprimées à la température animale par l'introduction, dans l'économie, de de différents agents thérapeutiques. 226.

ACADÉMIE nationale de médecine de Paris. — Séances des 6, 13, 20 et 27 mai. — Cas d'hypertrophie des mamelles guérie par l'extirpation. 229. — Variétés de dimension et de forme du bassin normal chez la femme. 231. — Etranglement intestinal par l'appendice cœcal. 234. — Compression de l'aorte dans les hémorrhagies utérines. 235 — Engorgement considérable de la rate sans fièvre d'accès. 235. — Lèpre d'Amérique. 236. — Affection spasmodique de la glotte particulière à l'enfance. 242. — Etiologie de la peste. 243.

MÉLANGES.

28. Recherches statistiques sur les accidents secondaires de la syphilis; par le docteur *Henri Lee*. 262
29. Syphilis à la suite de revaccination. 264
31. Ophthalmie des nouveau-nés. 267
33. Du chlorure de zinc en injections, comme traitement abortif de la blennorrhagie. 269
34. Compte rendu des séances de la Société de Biologie pendant le mois de mars 1851 ; par M. le docteur *Brown-Séquard*. 271
35. Signes propres à assurer le diagnostic des pleurésies avec épanchement ; par *C. Roy*. 289

TABLE

DES MATIÈRES PAR ORDRE DE JOURNAUX. — 225e VOLUME

12e SÉRIE, TOME V. — MAI 1851.

REPRODUCTION ET REVUE DES JOURNAUX ÉTRANGERS.

JOURNAUX FRANÇAIS.

ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE (mars, avril et mai 1851).

Beau (J.-H.-S.). Études analytiques de physiologie et de pathologie sur l'appareil spléno-hépatique. 1
Panum (P.-L.). Du mode de transmission de la rougeole. 53
Delioux (J.). Études sur les propriétés physiologiques et thérapeutiqnes des composés ammoniacaux. 62
Duchenne. Exposition d'une nouvelle méthode d'électrisation, dite galvanisation localisée. 81
Ressiguier. Sur l'emploi de l'infusion d'ipécacuanha à haute dose, dans le traitement de la pneumonie. 89

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS (Nos 17, 19 et 22 ; 1851).

Valette (Aug.-D.). De la cure radicale des hernies inguinales et d'un nouveau moyen de l'obtenir. 136
Brown-Séquard. Compte rendu des séances de la Société de Biologie pendant le mois de mars 1851. 271
Roy (C.) Signes propres à assurer le diagnostic des pleurésies avec épanchement. 289

GAZETTE MÉD. DE STRASBOURG (février 1851).

Stoltz (J.-A.). De la transposition des ventricules du cœur du nouveau-né, cause de mort peu de temps apres la naissance. 115

JOURNAL DE MÉDECINE DE BORDEAUX (mars et avril, 1851).

Dubreuilh (Ch) Eclampsie chez une femme enceinte de sept mois et demi ; considérations sur la terminaison de l'accouchement ; rapports de l'éclampsie avec l'albuminurie. 104
Soulé (E.). Plaie très-étendue de la tête et de la face, avec quelques réflexions sur les divers moyens unissants. 126
Costes. Observations de paraplégies accompagnées de rétention et d'incontinence d'urine, dépendantes d'une altération des reins. 189
Bérenguier (Adrien). Mémoire sur l'infanticide par l'immersion de l'enfant dans des matières pulvérulentes ; présenté à la Société de médecine de Bordeaux. 201

REVUE MÉDICO-CHIRURGICALE (mars 1851.)

Costilhes. Du nœvus maternus et des tumeurs érectiles; mémoire lu à la Société de médecine de Paris. 145

L'UNION MÉDICALE (Nos 27, 28, 34, 35, 38, 39, 41, 43, 44, 47, 53, 54, 57 et 58; 1851).

Pidoux. Considérations nouvelles sur le rhumatisme articulaire aigu et son traitement. 26
Guibout (Eugène). De l'hépathalgie. 41
Guibout (Eugène). Paralysie idiopathique. — Galvanisation avec les appareils de M. *Duchenne.* 55
Coste. Tétanos traumatique; — sulfate de quinine à hautes doses; guérison. 99
Aran. Accidents d'étranglement interne déterminé par la présence d'une tumeur abdominale. — Fièvre intermittente double-tierce. 155
Forget (Am.). Des divers modes opératoires et des règles à suivre pour la résection de l'os maxillaire inférieur. 161
Cazenave J.-J.) Fait de taille très-compliquée. 170
Morel. Des lésions de la sensibilité chez les aliénés; — conséquences thérapeutiques; — exemples de lésions traumatiques très-graves et de leurs effets physiologiques. 177
Bayard (A.). De la gastro-entérite varioleuse (variolæ sine variolis) avant et depuis la découverte de la vaccine. 209

JOURNAUX ALLEMANDS.

(PREUSS. VER. ZEITUNG.)

Syphilis à la suite de revaccination. 264

(SCHMIDT'S JAHRBUCH.)

Ophthalmie des nouveau-nés. 267

(MITTHEIL. DES BAD. ARTZ VEREINS.)

Scarlatine. 269

JOURNAUX ANGLAIS.

(GUY'S HOSPITAL REPORTS.)

Hughes (H.-M.). Sur les murmures anémiques et leur diagnostic. 248

(EDIND. JOURN. OF MED.)

De la ponction du crâne dans l'hydrocéphale. 250

(MONTHLY JOURNAL.)

Robertson (M. W.). Fistule de l'estomac. 252

THE LANCET.

Fergusson. Abcès de la cuisse communiquant avec la cavité de l'intestin à travers le trou obturateur. 255
Du chlorure de zinc en injections, comme traitement abortif de la blennorrhagie. 269

LONDON MED. CHIR. TANSACTIONS.

Bence Jones (H.). Observations d'urines albumineuses et graisseuses. 257
Quain (R.). Sur l'état graisseux du cœur. 260

LONDON JOURNAL OF MEDICINE.

Lee (Henri). Recherches statistiques sur les accidents secondaires de la syphilis. 262

LONDON MED. GAZETTE.

Oke Clark (R.). Vaccine. — Pustule vaccinal développée dans un point du corps autre que celui de l'insertion du virus vaccin. 266